

TRATAMENTOS QUE FUNCIONAM

GUIA DO TERAPEUTA

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA

ANSIEDADE SOCIAL

2ª EDIÇÃO

DEBRA A. HOPE
RICHARD G. HEIMBERG
CYNTHIA L. TURK





H791t Hope, Debra A.

Terapia cognitivo-comportamental para ansiedade social [recurso eletrônico] : guia do terapeuta / Debra A. Hope, Richard G. Heimberg, Cynthia L. Turk ; tradução: Ronaldo Cataldo Costa ; revisão técnica: Ricardo Wainer. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2012.

Editado também como livro impresso em 2012.
ISBN 978-85-363-2762-4

1. Psicologia cognitiva. 2. Ansiedade social.
I. Heimberg, Richard G. II. Turk, Cynthia L. III. Título.

CDU 159.9:616.89-008.441

Catálogo na publicação: Ana Paula M. Magnus – CRB 10/2052

DEBRA A. HOPE, PhD
RICHARD G. HEIMBERG, PhD
CYNTHIA L. TURK, PhD

GUIA DO TERAPEUTA

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA

ANSIEDADE SOCIAL

2ª EDIÇÃO

Tradução:

Ronaldo Cataldo Costa

Consultoria, supervisão e revisão técnica desta obra:

Ricardo Wainer

Psicólogo. Doutor em Psicologia pela PUCRS. Treinamento avançado em terapia do esquema (New Jersey/New York Institute of Schema Therapy, USA).

Professor da Faculdade de Psicologia (PUCRS).

Doutor e Professor do Instituto WP de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental.

Versão impressa
desta obra: 2012



2012

Obra originalmente publicada sob o título
Managing Social Anxiety: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach (Therapist Guide), 2nd Edition
ISBN 9780195336689, publicado em 2010.

Tradução publicada conforme acordo com Oxford University Press.
This translation is published by arrangement with Oxford University Press.

Capa: *Tatiana Sperhackle – TAT studio*

Preparação do original: *Janine Mello*

Leitura final: *Amanda Guizzo Zampieri*

Editora responsável por esta obra: *Livia Allgayer Freitag*

Coordenadora editorial: *Mônica Ballejo Canto*

Gerente editorial: *Letícia Bispo de Lima*

Editoração eletrônica: *Formato Artes Gráficas*

Reservados todos os direitos de publicação, em língua portuguesa, à
ARTMED EDITORA LTDA., uma empresa do GRUPO A EDUCAÇÃO S.A.

Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Santana
90040-340 Porto Alegre RS
Fone (51) 3027-7000 Fax (51) 3027-7070

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte,
sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação,
fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

SÃO PAULO

Av. Embaixador Macedo Soares, 10.735 – Pavilhão 5 – Cond. Espace Center
Vila Anastácio – 05095-035 – São Paulo SP
Fone (11) 3665-1100 Fax (11) 3667-1333

SAC 0800 703-3444 – www.grupoa.com.br
IMPRESSO NO BRASIL
PRINTED IN BRAZIL

SOBRE TRATAMENTOS QUE FUNCIONAM



A área da saúde obteve avanços surpreendentes nos últimos anos, mas muitas das nossas intervenções e estratégias que são amplamente aceitas na saúde mental e na medicina comportamental têm sido questionadas pelas evidências obtidas em pesquisas científicas, não apenas por não apresentarem benefícios, como, talvez, induzirem a danos. Outras estratégias se mostraram efetivas com o uso dos melhores padrões atuais de evidências científicas, resultando em amplas recomendações para tornar essas práticas disponíveis a um público maior. Diversos avanços recentes estão por trás dessa revolução. Primeiro, chegamos a uma compreensão muito mais profunda sobre a patologia, tanto psicológica quanto física, a qual levou ao desenvolvimento de intervenções novas e mais precisas. Em segundo lugar, nossas metodologias de pesquisa melhoraram substancialmente, de modo a reduzir as ameaças à validade interna e externa, tornando os resultados aplicáveis de forma mais direta às situações clínicas. Em terceiro, governos, legisladores e sistemas de saúde ao redor do mundo decidiram que a qualidade do cuidado deve melho-

rar, que ele deve basear-se em evidências científicas e é do interesse público garantir que isso ocorra (Barlow, 2004; Institute of Medicine, 2001).

Obviamente, o principal obstáculo para clínicos em qualquer lugar é a acessibilidade de novas intervenções psicológicas baseadas em evidências. *Workshops* e livros conseguem apenas informar profissionais responsáveis e conscienciosos das últimas práticas comportamentais no cuidado de saúde e sua aplicabilidade a pacientes específicos. Esta nova série, *Tratamentos que Funcionam*, dedica-se a comunicar essas novas intervenções a clínicos que estão nas “linhas de frente” da prática.

Os guias e os manuais desta série contêm procedimentos detalhados e passo a passo para avaliação e tratamento de problemas e diagnósticos específicos. Todavia, a série também vai além dos guias e manuais, proporcionando materiais de auxílio que facilitarão o processo de supervisão, ajudando os profissionais na implementação dos procedimentos em sua prática.

Em nosso sistema emergente de cuidado em saúde, há um consenso crescente de

que a prática baseada em evidências oferece o curso de ação mais responsável para o profissional da saúde mental. Todos os terapeutas comportamentais desejam profundamente oferecer o melhor cuidado possível aos seus pacientes. Nesta série, nosso objetivo é fechar as brechas na disseminação e informação e tornar isso possível.

A segunda edição deste guia do terapeuta foi criada para fornecer aos profissionais da saúde mental as ferramentas necessárias para avaliação e tratamento do transtorno de ansiedade social. Embora os componentes do programa permaneçam inalterados, os autores atualizaram o guia,

incluindo instruções mais claras para facilitar o tratamento, especificamente para condução de exposições e exercícios de reestruturação cognitiva na sessão. Também são fornecidas informações valiosas para estruturar o tratamento, como o número sugerido de sessões para cada capítulo, a estrutura da sessão, listas de materiais necessários e tarefas de casa.

Os clínicos verão que este guia é abrangente e fácil de usar. Ele contém tudo o que é necessário para implementar um tratamento clinicamente comprovado e cientificamente seguro para a ansiedade social.

David H. Barlow

Referências

- Barlow, D.H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869-878.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.

AGRADECIMENTOS



Ao escrever este guia do terapeuta, nosso objetivo foi oferecer um complemento útil para o nosso manual do paciente, *Vencendo a ansiedade social com a terapia cognitivo-comportamental*, e esperamos que o material e o formato facilitem o seu trabalho com pacientes socialmente ansiosos. Nesta segunda edição, estamos satisfeitos por termos conseguido incluir nossos últimos resultados de pesquisa e visões sobre a natureza e o tratamento da ansiedade social. Ajudar os indivíduos na superação da ansiedade social pode ser difícil e, às vezes, frustrante. Na maioria dos casos, porém, consideramos gratificante. Estamos contentes por podermos compartilhar o que aprendemos com a nossa pesquisa e a nossa experiência clínica com outros terapeutas.

Gostaríamos de agradecer às inúmeras pessoas que contribuíram para o desenvolvimento deste livro. Muitos indivíduos que buscam tratamento para a ansiedade social nos ajudaram em nossa pesquisa, compartilhando conosco as suas vidas e suas dificuldades. Somos gratos por sua confiança. É um privilégio ser o conduto pelo qual sua participação na pesquisa ajuda a aliviar o sofrimento de outras pessoas que também lutam contra a ansiedade social. Os muitos estudantes

de doutorado e colegas do pós-doutorado que atuaram como terapeutas ajudaram a aperfeiçoar este guia, apresentando suas ideias sobre os procedimentos de tratamento. Embora sejam muito numerosos para citarmos individualmente, agradecemos por suas contribuições. Também tivemos a sorte de podermos nos beneficiar das contribuições de muitos terapeutas que utilizam a primeira edição deste guia e do manual do paciente ao redor do mundo e nos dão *feedbacks* informais sobre o que consideram produtivo. Brandon Weiss e Jodi Wiser forneceram uma ajuda excelente com o manuscrito e algumas das figuras. Somos gratos a Mariclaire Cloutier, a qual nos ajudou a colocar este guia sob o guarda-chuva da *Tratamentos que Funcionam* quando estava na Oxford University Press. Nossa gratidão a Joan Bossert e Cristina Wojdylo da Oxford University Press, por ajudarem a trazer esta revisão à apreciação. Finalmente, gostaríamos de agradecer a nossos colegas cujas ideias influenciaram o nosso pensamento ao longo dos anos. Em particular, somos gratos a Aaron T. Beck, MD, Jacqueline Persons, PhD e Edna Foa, PhD. David Barlow, PhD, incentivou pacientemente este projeto, e somos gratos por seu apoio.

SOBRE OS AUTORES



Debra A. Hope, PhD, fez o doutorado em Psicologia Clínica na State University of New York em Albany em 1990, depois de fazer a residência no Medical College of Pennsylvania/Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute. Em 2003/2004, trabalhou no Beck Institute for Cognitive Therapy. Atualmente, é professora de Psicologia na University of Nebraska-Lincoln e Diretora da Clínica de Transtornos de Ansiedade do Centro de Consulta Psicológica da UNL. Atua também como Diretora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNL e é Editora do Nebraska Symposium on Motivation.

Richard G. Heimberg, PhD, concluiu a graduação em Psicologia Clínica em 1977 na Florida State University. Atualmente, é Professor e David Kipnis Distinguished Faculty Fellow na Temple University, onde também dirige a Clínica de Ansiedade Adulta. O Dr. Heimberg tem o crédito pelo desenvolvimento do tratamento cognitivo-comportamental para ansiedade social no

qual se baseia este guia, e suas pesquisas sobre o desenvolvimento do tratamento têm o apoio do National Institute of Mental Health desde o começo da década de 1980. Foi presidente da Association of Behavioral and Cognitive Therapies e faz parte do Comitê Científico da Anxiety Disorders Association of America.

Cynthia L. Turk, PhD, concluiu o doutorado em Psicologia Clínica na Oklahoma State University em 1996, depois de fazer residência na University of Mississippi/Department of Veteran Affairs Medical Centers Psychology Residency Consortium. Fez pós-doutorado na Clínica de Ansiedade Adulta da Temple University em 2002. Atualmente, é Professora associada de Psicologia na Washburn University e diretora da Clínica de Ansiedade na Clínica de Serviços Psicológicos da Washburn University. A Dra. Turk publicou aproximadamente 30 artigos em revistas e 15 capítulos de livros, principalmente nas áreas da fobia social e transtorno de ansiedade generalizada.

SUMÁRIO



Prefácio	13
----------------	----

Parte I

Informações básicas para terapeutas

1	Introdução e considerações sobre o tratamento	18
2	Informações complementares sobre a ansiedade social.....	22
3	Avaliação do transtorno de ansiedade social	30

Parte II

Guia do terapeuta sessão por sessão

4	Visão geral do curso do tratamento	42
5	Psicoeducação: o conhecimento sobre a ansiedade social.....	53
6	Psicoeducação: entendendo a natureza da ansiedade social e como controlá-la	62
7	Psicoeducação: monitorando o progresso e a Hierarquia de medo e evitação.....	69
8	Psicoeducação: etiologia e desenvolvimento de crenças disfuncionais e vieses no processamento de informações.....	81
9	Reestruturação cognitiva: identificando pensamentos automáticos	85
10	Reestruturação cognitiva: desafiando pensamentos automáticos.....	93

11	Exposição e reestruturação cognitiva: a primeira exposição.....	101
12	Exposição e reestruturação cognitiva: exposição contínua	111
13	Exposição e reestruturação cognitiva: medos de conversar	123
14	Exposição e reestruturação cognitiva: medos de ser observado	129
15	Exposição e reestruturação cognitiva: medos de falar em público	135
16	Reestruturação cognitiva avançada	140
17	Término	143
	Apêndice de medidas de avaliação	147
	Referências.....	155

PREFÁCIO



Temos o prazer de apresentar a segunda edição do nosso guia do terapeuta para a segunda edição atualizada do manual do paciente, intitulado *Vencendo a ansiedade social com a terapia cognitivo-comportamental: manual do paciente*. Tentamos atualizar os procedimentos e a fundamentação para refletir o conhecimento científico e o trabalho clínico na psicopatologia e no tratamento da ansiedade social, preservando a abordagem terapêutica básica a qual tem demonstrado sucesso em muitos ensaios clínicos. Ao longo dos anos, temos sido recompensados pela resposta positiva que recebemos de clínicos que utilizam esta abordagem com seus pacientes. Também escutamos cuidadosamente o *feedback* de muitas pessoas sobre os aspectos nos quais os manuais poderiam ser aperfeiçoados. Apreciamos esse *feedback* e esperamos que tenhamos incorporado seus melhores aspectos nesta nova edição.

Os três primeiros capítulos do guia do terapeuta foram atualizados extensivamente para refletir a literatura atual sobre o transtorno de ansiedade social. Isso proporcionará as mais novas informações bá-

sicas para os terapeutas. As recomendações para a avaliação também foram atualizadas. Algumas medidas mais novas são discutidas, mas a autoavaliação básica no pré-tratamento permanece a mesma. Como acreditamos que poucos terapeutas conseguem utilizar testes comportamentais formais fora dos centros de pesquisa, atualizamos essas recomendações para refletir procedimentos de avaliação comportamental que sejam aplicáveis a todos os ambientes de trabalho. Essas mudanças surgiram de nosso próprio trabalho clínico e esperamos que proporcionem um bom equilíbrio entre a coleta de dados comportamentais cruciais, os quais evitem os vieses da autoavaliação, e uma estratégia eficiente de avaliação.

No Capítulo 4 deste guia do terapeuta, no qual apresentamos uma visão geral da abordagem de tratamento, fizemos algumas mudanças que acreditamos que serão úteis para os terapeutas. Incluímos uma tabela que expõe o que costumamos abordar em um programa de tratamento de 16 sessões, incluindo os procedimentos implementados na sessão, tarefas de casa e

leituras do manual do paciente. Também foi acrescentado material adicional sobre o trabalho com pacientes que não compartilham a mesma língua que o terapeuta e clientes que se identifiquem como gays, lésbicas ou bissexuais. Essas mudanças refletem nossas próprias perspectivas no tratamento ou na supervisão clínica, assim como excelentes pesquisas recentes sobre o quadro da ansiedade social entre minorias sexuais.

Como os três autores do guia do terapeuta e do manual do paciente tratam e supervisionam em ambientes razoavelmente diferentes, abordaremos particularmente as dificuldades para compreender ou implementar os procedimentos em todos os nossos cenários desde a publicação da primeira edição. Várias delas envolviam a execução da exposição na sessão e a implementação dos exercícios de reestruturação cognitiva. Assim, fizemos inúmeras pequenas mudanças em procedimentos e instruções para melhor esclarecer como esperamos que o tratamento seja implementado.

A mudança mais significativa nos procedimentos de tratamento é que substituímos os longos procedimentos de automonitoramento a cada sessão por uma nova medida da mudança na sessão. Acreditamos que o automonitoramento era inoportuno, e os dados não eram tão informativos para o tratamento quanto poderiam ser. A nova medida é mais eficiente e ajudará no acompanhamento da mudança do paciente, um aspecto essencial desta terapia e de toda a prática baseada em evidências.

Fizemos muitas mudanças nas sessões psicoeducacionais iniciais. A última sessão de terapia apresenta uma seção e uma ficha sobre como utilizar a entrevista motivacional para aumentar a motivação para mudar a ansiedade social. Essa adição reflete evidências recentes de que o fortalecimento emocional pode ser um importante componente de intervenções baseadas na exposição para os transtornos da ansieda-

de. A construção da Hierarquia de medo e evitação foi alterada para uma sessão anterior, conforme sugestão de terapeutas, pois ajudaria a construir a sintonia. Além disso, também permite que os terapeutas entendam o quadro idiográfico do cliente, o que deve agilizar a conceituação do caso. Uma discussão detalhada de aspectos cognitivos da ansiedade social, a qual muitos pacientes consideravam difícil e que não era essencial para a fundamentação do tratamento, foi transferida do manual do paciente para o guia do terapeuta. Os terapeutas podem agora usar essa informação em sessões, à medida que considerarem adequado. Há inúmeras outras mudanças, de modo que exercícios e exemplos que não pareciam funcionar bem com um número significativo de pacientes foram modificados. Por fim, o guia do terapeuta apresenta sugestões mais específicas para auxiliar o paciente em sua prática repetida de monitorar as cognições nas primeiras sessões e comentários sobre as tarefas de casa, os quais provavelmente facilitarão a capacidade do paciente de trabalhar com as cognições mais adiante, durante a reestruturação cognitiva e, mesmo depois, ao desafiar as crenças nucleares.

O material para as duas sessões dedicadas à reestruturação cognitiva foi atualizado em um certo nível. Todavia, a maior mudança nesta seção é que determinada parte do material apresentado anteriormente na segunda sessão foi trocado para a primeira sessão cognitiva. Essa mudança deve permitir um maior equilíbrio de conteúdo entre as sessões e concede mais tempo para a prática dos procedimentos de reestruturação cognitiva na segunda sessão cognitiva.

O Quadro “Seja o seu próprio *coach* cognitivo”, o qual era a espinha dorsal das exposições feitas como tarefa de casa, foi atualizado e rebatizado como “Seja o seu próprio terapeuta cognitivo”. Essas mudanças refletem o aumento nas evidências científicas para a importância do processa-

mento pós-fato na ansiedade social. Acrescentamos algumas avaliações de crença, também incorporadas aos procedimentos de exposição na sessão, os quais podem estimular um processamento mais detalhado para evidências a favor e contra os pensamentos automáticos e respostas racionais. Além disso, no guia do terapeuta tentamos transmitir aos novos terapeutas uma noção maior de quais cognições são melhores de trabalhar em qual momento da terapia, além de uma maior compreensão do processo pelo qual terapeutas experientes ajudam os pacientes a desafiarem não apenas seus pensamentos automáticos originais, como também o pensamento distorcido revelado durante o processo de reestruturação cognitiva.

No decorrer dos capítulos, há uma ênfase maior no papel dos comportamentos de segurança. Embora esse conceito apareça na edição anterior como discussões de estratégias sutis de evitação, a noção mais explícita de comportamentos de segurança que interferem na exposição e na mudança cognitiva reflete o atual trabalho científico na área.

Estamos em dívida com inúmeras pessoas que nos deram seu *feedback* ao longo dos anos, o que levou a esta edição revisada. Tentamos revelar esse *feedback* em melhoras práticas. Esperamos que este guia revisado seja proveitoso quando você trabalhar com indivíduos socialmente ansiosos.

Debra A. Hope
Richard G. Heimberg
Cynthia L. Turk

PARTE I

INFORMAÇÕES BÁSICAS PARA TERAPEUTAS

1

INTRODUÇÃO E CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO

A segunda edição de *Vencendo a ansiedade social com a terapia cognitivo-comportamental: manual do paciente* e do guia do terapeuta que o acompanha apresenta uma grande quantidade de informações sobre a natureza da ansiedade social, sobre as técnicas cognitivo-comportamentais utilizadas para tratá-la, sobre como implementar essas técnicas e sobre como trabalhar com os problemas que surgirem durante o tratamento. Esperamos que a disponibilização deste pacote para os clínicos sirva para disseminar de forma mais ampla essa terapia de base empírica, estimular novas pesquisas sobre a natureza e o tratamento da ansiedade social e melhorar as vidas de indivíduos que sofrem seus efeitos perturbadores. A segunda edição baseia-se no trabalho original, mas também inclui muito do que aprendemos desde a sua publicação, em 2000. Esperamos que estes volumes (manual do paciente e guia do terapeuta) evidenciem as evoluções ocorridas tanto com base em nossos sucessos anteriores, quanto com os benefícios de nossos erros iniciais.

Os clínicos que utilizam este programa de tratamento devem ler primeiro o manual do paciente, pois o guia do terapeuta foi escrito

com base na premissa de que o leitor está familiarizado com o seu conteúdo. Depois de ler o manual do paciente, a maioria dos clínicos conseguirá utilizar exclusivamente o guia do terapeuta para conduzir as sessões do tratamento. Os primeiros capítulos deste guia do terapeuta abordam a forma como imaginamos a implementação do tratamento, fornecem algumas informações adicionais básicas sobre a ansiedade social e seu tratamento, e descrevem nossas recomendações para a avaliação do pré-tratamento, contínua e do pós-tratamento. Os capítulos intermediários apresentam sínteses de cada capítulo do manual do paciente para fácil referência e apresentam também sugestões de como transmitir conceitos básicos e relacionar esses conceitos à experiência do paciente. Os últimos capítulos estão focados principalmente em como conduzir exposições efetivas, incluindo ideias para exposições e recomendações sobre como trabalhar com os problemas comuns.

Modalidade de tratamento

O manual do paciente foi desenvolvido de acordo com a expectativa de que seria

mais utilizado para tratamento individual. Não obstante, imaginamos uma variedade de usos adicionais, incluindo como complemento ao tratamento em grupo, para tratamento combinado em grupo e individual, para autoajuda, como um complemento para o cliente usar com sua farmacoterapia e como tratamento auxiliar para outros problemas, como brigas conjugais ou abuso de substâncias, quando a ansiedade social parece estar contribuindo para o problema.

A vasta maioria dos estudos que corroboram a eficácia da reestruturação cognitiva e da exposição aplica essas intervenções sob a supervisão de um terapeuta. Pouco se sabe sobre a real eficácia desses procedimentos com pouca ou nenhuma orientação de um terapeuta (p. ex., autoajuda, complemento para outro tratamento). Incentivamos a realização de pesquisas que nos auxiliam a especificar melhor o nível ideal de envolvimento do clínico com diferentes grupos de indivíduos com um quadro de ansiedade social problemática.

Embora muitos estudos tenham demonstrado a eficácia da reestruturação cognitiva e exposição sob a supervisão de um terapeuta, há pouquíssimas pesquisas disponíveis para abordar a questão da possibilidade de essas técnicas serem aplicadas em um contexto de grupo, tratamento individual ou alguma combinação de tratamento em grupo e individual. Diversas meta-análises do tratamento cognitivo-comportamental do transtorno de ansiedade social sugerem que os tratamentos individuais e em grupo são associados a tamanhos de efeito semelhantes (p. ex., Acarturk, Cuijpers, van Straten & de Graaf, 2009; Fedoroff & Taylor, 2001; Gould, Buckminster, Pollack, Otto & Yap, 1997; Powers, Sigmarsson & Emelkamp, 2008; Taylor, 1996), e apenas um estudo empírico sugere que há uma diferença, favorecendo levemente o tratamento individual (Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach & Clark, 2003). Devido à carência de pesquisas sobre

essa questão, apresentamos o que consideramos como as vantagens e as desvantagens de conduzir esse tratamento nas modalidades individual e em grupo. Para uma apresentação detalhada da nossa abordagem de tratamento específica para formato de grupo, ver Heimberg e Becker (2002).

A abordagem do tratamento em grupo proporciona muitas vantagens. A ansiedade social pode às vezes levar a níveis extremos de isolamento. As pessoas afetadas podem sentir vergonha de seus medos e muitas nunca os discutiram com outra pessoa. O grupo de terapia possui muita força para normalizar a experiência da ansiedade social, facilitando o contato com pessoas que tenham pensamentos e sentimentos semelhantes. Dentro do grupo, os pacientes conseguem se apoiar e incentivar os esforços e o compromisso uns dos outros para mudar e aprender com as tentativas mútuas de superação de seus medos. O grupo também facilita as exposições na sessão, pois os membros do grupo estão prontamente disponíveis para servir como parceiros de dramatização ou membros da plateia. Além disso, os membros do grupo ajudam a desafiar o pensamento distorcido do indivíduo durante a reestruturação cognitiva e podem proporcionar *feedback* sobre a qualidade do desempenho do indivíduo durante a exposição. Em muitos casos, a contribuição dos membros do grupo é mais poderosa e confiável do que o *feedback* apresentado por um terapeuta individual.

Uma das maiores desvantagens do formato de grupo é que pode ser difícil – senão impossível – obter um número adequado de pacientes apropriados em muitas situações clínicas. Além disso, nem todos os pacientes com transtorno de ansiedade social são adequados para participarem de um grupo. Pacientes que sejam excessivamente hostis, que demandem atenção ou que apresentem patologias graves da personalidade podem interferir no processo de grupo e prejudicar a qualidade do tratamento rece-

bido pelos outros membros. Em raras ocasiões um paciente apresentará ansiedade social tão severa que terá dificuldade para se concentrar e aprender os conceitos apresentados no grupo. Esse indivíduo pode tentar reduzir a sua ansiedade evitando ou não participando das sessões. Esses pacientes serão mais bem atendidos, pelo menos inicialmente, no tratamento individual.

O tratamento individual propicia maior flexibilidade em termos do ritmo e da duração da terapia e do nível em que questões além da ansiedade social podem ser abordadas, se necessário. Os pacientes também podem passar mais tempo com o terapeuta trabalhando com suas crenças desadaptativas idiossincráticas e não precisam passar seu tempo observando outras pessoas que lutam contra pensamentos distorcidos e participar de exposições que talvez não sejam diretamente relevantes a suas preocupações pessoais.

Provavelmente, a maior desvantagem do tratamento individual é que, em muitas situações clínicas, é difícil ter uma variedade de parceiros de dramatização disponíveis para exposições e o terapeuta deve cumprir esse papel com maior frequência do que no tratamento em grupo. Pode ser difícil para o terapeuta participar e observar ao mesmo tempo o comportamento do paciente durante exposições na sessão (i.e., monitorando simultaneamente o nível de ansiedade do paciente, observando se o cliente está cumprindo seus objetivos, acompanhando o tempo da exposição e participando da tarefa social em questão). Além disso, a familiaridade do cliente com o terapeuta pode, às vezes, impedir a mobilização de níveis adequados de ansiedade, o que pode interferir na habituação da ansiedade durante as exposições (Hayes, Hope, VanDyke & Heimberg, 2007). Os capítulos finais deste guia do terapeuta apresentam sugestões para trabalhar com essas e outras questões relacionadas à condução de exposições efetivas.

Terapeutas

Em nosso programa de pesquisa, psicólogos e estudantes de doutorado em psicologia clínica ou aconselhamento com formação em terapia cognitivo-comportamental atuaram como terapeutas. O terapeuta ideal para conduzir este tratamento deve estar intimamente familiarizado com a teoria cognitivo-comportamental, ter uma compreensão da ansiedade social pela perspectiva cognitivo-comportamental e possuir boas habilidades terapêuticas básicas. Contudo, um dos nossos objetivos com esse programa é disseminar este tratamento de forma mais ampla. Esperamos que o manual do paciente e o guia do terapeuta sejam suficientemente detalhados para permitir que terapeutas relativamente novos e terapeutas de diferentes orientações teóricas e disciplinas profissionais apliquem o tratamento. Esses terapeutas provavelmente se beneficiariam mais com a supervisão e a orientação de um terapeuta cognitivo-comportamental experiente em seus primeiros casos e nos casos mais complexos que encontrassem.

Ao conduzir tratamento em grupo, as sessões devem ser dirigidas por dois coterapeutas. Embora tenhamos conduzido grupos com um único terapeuta ocasionalmente, essa abordagem costuma ser bastante desafiadora e fatigante para o terapeuta. Os grupos também são mais beneficiados se tiverem um terapeuta de cada gênero. Esse arranjo permite maior flexibilidade para criar exposições relevantes na sessão, pois muitos pacientes têm medo de interações com o sexo oposto. Além disso, pacientes que apresentam medos extremos de interação com o sexo oposto podem ter medo de interagir com um terapeuta do sexo oposto e podem considerar o grupo menos ameaçador se houver um terapeuta do mesmo sexo.

Medicamentos concomitantes

Muitos pacientes podem estar tomando um ou mais medicamentos psicotrópicos quando iniciam o tratamento. Alguns estarão tomando a medicação com a intenção específica de controlar sua ansiedade social. Vários medicamentos diferentes se mostraram eficazes no tratamento do transtorno de ansiedade social (ver, para revisões, Blackmore, Erwin, Heimberg, Magee & Fresco, 2009; e Schneier, Erwin, Heimberg, Marshall & Mellman, 2007). É claro, raramente vemos um paciente cujo uso de medicação seja associado à remissão da sua ansiedade – não há incentivo para essa pessoa procurar tratamento cognitivo-comportamental. Infelizmente, contudo, observamos que muitos pacientes tomam medicamentos sem amparo empírico para sua eficácia para o transtorno de ansiedade social (ou para os quais a pesquisa sugere falta de eficácia) ou estão tomando um medicamento potencialmente apropriado, mas em uma dose abaixo da faixa recomendada.

Além disso, nossa experiência clínica sugere que muitos clientes têm uma compreensão mínima sobre como sua medicação funciona, outras opções disponíveis de medicação, o possível impacto dessas drogas sobre a terapia cognitivo-comportamental e assim por diante. Se o terapeuta não é o médico que prescreve a medicação, ele deverá estabelecer uma relação colaborativa com o médico assim que possível, para chegar a um consenso sobre a melhor forma de coordenar a terapia e o tratamento

farmacológico. Mudar a dosagem de uma medicação existente, trocar ou adicionar outro medicamento, descontinuar o uso de um medicamento ou alterar a medicação no decorrer da terapia são opções que podem ser apropriadas para pacientes diferentes.

Quando não é exigido para a participação em um ensaio controlado e randomizado, não acreditamos ser necessário que os pacientes descontinuem seus medicamentos antes de começar este programa. De fato, recomendamos auxiliar pacientes que já estejam tomando medicamentos a avaliar e, se necessário ou desejado, trabalhar juntamente com seus médicos para modificar ou descontinuar seu regime atual. Desencorajamos os pacientes a ajustarem seu regime de medicação repetidamente no decorrer da terapia, pois, do ponto de vista clínico, queremos que possam atribuir ao máximo as mudanças positivas em seus sintomas aos seus próprios esforços. Para indivíduos que tomam medicação “se necessário”, pedimos para não tomarem antes das sessões de terapia ou das tarefas de casa de exposição.

Para pacientes que não estejam tomando medicação, na maioria dos casos, recomendaríamos um teste deste programa antes de procurar opções medicamentosas. Exceções podem ser pacientes com tanta ansiedade social que tenham dificuldade para tolerar as demandas interpessoais da terapia ou que desajem uma redução rápida dos sintomas, por estarem enfrentando um estressor social agudo (p. ex., começando um novo trabalho com demandas sociais significativas).

2

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES SOBRE A ANSIEDADE SOCIAL

O objetivo deste capítulo é fornecer ao terapeuta informações básicas sobre a ansiedade social e o seu tratamento, além das apresentadas no manual do paciente. Começamos este capítulo com uma breve visão geral da epidemiologia e psicopatologia do transtorno de ansiedade social. Depois, apresentamos nosso modelo da ansiedade social mais detalhadamente do que no manual do paciente, para introduzir de forma mais minuciosa os fundamentos teóricos de nosso tratamento.

Epidemiologia e psicopatologia

Na National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), 9.282 indivíduos não institucionalizados, acima de 18 anos e de todas as partes dos Estados Unidos foram entrevistados sobre diversos problemas de saúde mental. Esse estudo, observou que 12,1% das pessoas sofrem de ansiedade social clinicamente significativa em algum ponto de suas vidas (Kessler et al., 2005). De fato, o transtorno de ansiedade social foi o quarto transtorno psiquiátrico mais comum, e apenas o transtorno depressivo

maior, o abuso de álcool e a fobia específica apresentaram uma taxa maior de prevalência ao longo da vida. Quando os pesquisadores analisaram o transtorno de ansiedade social no ano de 2009, a taxa de prevalência era de 6,8%, ficando atrás apenas da fobia específica (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas & Walters, 2005). A ansiedade social costuma ter seu início durante a infância ou a adolescência (Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz & Weissman, 1992) e geralmente segue um curso crônico e sem remissão (Chartier, Hazen & Stein, 1998; Reich, Goldenberg, Vasile, Goisman & Keller, 1994).

Infelizmente, a maioria dos indivíduos com transtorno de ansiedade social não procura tratamento, a menos que desenvolva um transtorno adicional (Schneier et al., 1992). Aproximadamente, 70 a 80% dos indivíduos com transtorno de ansiedade social satisfazem os critérios para ou-tros diagnósticos (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle & Kessler, 1996; Schneier et al., 1992), e a porcentagem de casos comórbidos aumenta entre pessoas que identificam um número maior de situações sociais temidas (Ruscio et al., 2008). Na maioria dos casos, o início do transtorno de an-

siedade social antecede o começo dessas condições comórbidas. Em amostras da comunidade, os diagnósticos adicionais mais comuns são fobia específica, agorafobia, depressão maior e abuso e dependência de álcool (Magee et al., 1996; Schneier et al., 1992). Entre os clientes que procuram tratamento, a comorbidade com a depressão é associada a um comprometimento mais grave antes e depois do tratamento cognitivo-comportamental (p. ex., Erwin, Heimberg, Juster & Mindlin, 2002). Todavia, indivíduos com e sem condições comórbidas apresentam ganhos semelhantes. Esses resultados sugerem que indivíduos socialmente ansiosos com transtornos comórbidos do humor podem se beneficiar com um tratamento mais prolongado para sua ansiedade social ou um tratamento complementar dirigido para o transtorno comórbido. Os transtornos comórbidos do humor parecem ser mais associados a limitações maiores antes e após o tratamento do que os transtornos comórbidos da ansiedade (Erwin et al., 2002).

Subtipos de transtorno de ansiedade social e transtorno da personalidade esquiva

A experiência clínica e a pesquisa sugerem que os indivíduos que procuram tratamento para ansiedade social formam um grupo heterogêneo em termos de disseminação e gravidade de seus temores sociais. No atual sistema diagnóstico, o subtipo *generalizado* do transtorno de ansiedade social é especificado se o temor for para a maioria das situações sociais. O medo de interações sociais (p. ex., namorar, participar de uma conversa, ser assertivo), o medo do desempenho (p. ex., falar em público, tocar um instrumento musical na frente de outras pessoas) e o medo da observação (p. ex., trabalhar em frente a outras pessoas, caminhar pela rua) são comuns entre esses pacientes.

O *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, quarta edição (DSM-IV-TR*) também classifica os pacientes com medos limitados no subgrupo *não generalizado* de transtorno de ansiedade social,

um grupo heterogêneo o qual compreende pessoas que temem uma única situação de desempenho, assim como aquelas que temem várias, mas não a maioria das situações sociais (American Psychiatric Association [APA], 1994, p. 413).

Por exemplo, os pacientes que temem falar em público, mas que, de outra forma, sentem-se confortáveis interagindo e sendo observados por outras pessoas seriam designados ao subtipo não generalizado.

Pacientes com transtorno de ansiedade social generalizada melhoram tanto quanto os pacientes não generalizados com o tratamento cognitivo-comportamental (Brown, Heimberg & Juster, 1995; Hope, Herbert & White, 1995; Turner, Beidel, Wolff, Spaulding & Jacob, 1996). Todavia, como os pacientes com transtorno de ansiedade social generalizada iniciam o tratamento com maior comprometimento, eles permanecem mais comprometidos depois do mesmo número de sessões de tratamento. Isso sugere que os pacientes com ansiedade social generalizada podem precisar de um tratamento mais longo para alcançar resultados semelhantes aos de pacientes com ansiedade social não generalizada.

O subtipo generalizado do transtorno de ansiedade social tem muitos aspectos em comum com o transtorno da personalidade esquiva. No atual sistema diagnóstico, o transtorno da personalidade esquiva se caracteriza por um padrão duradouro “de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade a avaliações negativas...” (APA, 1994, p. 664). Devido à semelhança entre as descrições dos dois transtornos, não é de surpreender que muitos pacientes que satisfazem os critérios diagnósticos para o transtorno de ansiedade

* N. de R.: A edição em português do DSM-IV-TR foi publicada em 2002 pela editora Artmed.

social também satisfaçam os critérios para o transtorno da personalidade esQUIVA. De qualquer forma, há poucas evidências científicas para sugerir que alguns indivíduos satisfazem os critérios para o transtorno da personalidade esQUIVA sem também satisfazerem os critérios para o transtorno de ansiedade social (Widiger, 1992). A descrição mais parcimoniosa da relação entre o transtorno de ansiedade social e o transtorno da personalidade esQUIVA é que eles não são transtornos diferentes, e que os indivíduos que satisfazem os critérios para os dois transtornos simplesmente são as pessoas que têm comprometimentos mais graves por causa do transtorno de ansiedade social (Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer & Liebowitz, 1993). Com relação ao resultado do tratamento, alguns estudos observam que pacientes com e sem transtorno da personalidade esQUIVA comórbido obtêm ganhos semelhantes (Brown et al., 1995; Hofmann, Newman, Becker, Taylor & Roth, 1995; Hope, Herbert et al., 1995), embora outros tenham observado que o transtorno da personalidade esQUIVA comórbido está associado a uma resposta inferior ao tratamento (Chambless, Tran & Glass, 1997; Feske, Perry, Chambless, Renneberg & Goldstein, 1996). Não obstante, os efeitos do transtorno da personalidade esQUIVA sobre o tratamento foram menores do que o previsto, e um número substancial de pacientes não satisfaz os critérios para o transtorno da personalidade esQUIVA após 12 semanas de tratamento cognitivo-comportamental para ansiedade social (Brown et al., 1995). A remediação do transtorno da personalidade esQUIVA dentro desse modelo breve de tempo coloca em questão a conceituação de que esse grupo de sintomas representa um transtorno da personalidade distinto. Como os indivíduos que satisfazem os critérios para o transtorno de ansiedade social generalizada, os pacientes com transtorno da personalidade esQUIVA talvez precisem de um curso de tratamento mais longo para alcançarem um resultado ótimo.

A noção de “subtipar” indivíduos socialmente ansiosos não está livre de controvérsias. Esse sistema basicamente toma uma variável dimensional (i.e., o número de situações sociais temidas) e a transforma em uma variável categórica (i.e., subtipos generalizados *versus* não generalizados). Embora esteja claro que existem certas diferenças qualitativas entre os subtipos (p. ex., o subtipo generalizado parece ter um componente hereditário, enquanto o subtipo não generalizado não; Stein et al., 1998), também há evidências para sugerir que simplesmente contar o número de situações sociais temidas que uma pessoa identifica pode fornecer tantas informações quanto o atual esquema de subtipagem (Vriends, Becker, Meyer, Michael & Margraf, 2007). O grau de limitação demonstrado por pessoas com transtorno de ansiedade social na NCS-R estava diretamente relacionado ao número de situações sociais temidas (Ruscio et al., 2008).

Crenças

Por meio de uma complexa interação entre a genética, o ambiente familiar e as experiências importantes na vida, os indivíduos socialmente ansiosos desenvolvem crenças negativas e fundamentais sobre si mesmos, os outros e o mundo social. Uma crença comum entre indivíduos socialmente ansiosos é que eles carecem de habilidades sociais importantes e que o seu comportamento social provavelmente será inadequado ou inapropriado. Pesquisas demonstram repetidamente que os indivíduos socialmente ansiosos são mais críticos em relação ao seu próprio comportamento social do que observadores objetivos (Norton & Hope, 2001; Rapee & Lim, 1992; Stopa & Clark, 1993). Portanto, muitos indivíduos socialmente ansiosos podem fazer uma descrição do seu comportamento social que reflita mais as suas crenças negativas do que o seu verdadeiro desempenho. Embo-

ra algumas pesquisas sugeriram que os indivíduos socialmente ansiosos apresentem comportamento social deficiente (Halford & Foddy, 1982; Stoipa & Clark, 1993), outras pesquisas sugerem que o seu comportamento social é satisfatório (Glasgow & Arkowitz, 1975; Rapee & Lim, 1992).

Acreditamos que é importante esclarecer a diferença entre “déficits de desempenho” e “déficits em habilidades sociais”. Acreditamos que o termo *déficit em habilidades sociais* deve ser aplicado apenas quando a pessoa não conseguir realizar o comportamento em questão ou não conseguir realizá-lo conforme determinado padrão por não saber como fazê-lo. Portanto, mesmo quando são observados déficits de desempenho entre indivíduos socialmente ansiosos, é difícil, senão impossível, distinguir se essas deficiências são função da falta de conhecimento social, da inibição comportamental causada pela ansiedade, ou de uma combinação entre esses e outros fatores. Não obstante, observamos que o comportamento da maioria dos indivíduos socialmente ansiosos durante exposições na sessão fica dentro da faixa normal, e que o comportamento social melhora à medida que a ansiedade diminui. Isso pode acontecer por diversas razões. Por exemplo, uma redução em pensamentos negativos por meio da reestruturação cognitiva pode melhorar a capacidade do indivíduo de cumprir a tarefa social em questão e de melhorar o seu desempenho. Eliminar comportamentos sutis de evitação, como pouco contato visual, por meio das exposições também pode ter um impacto positivo no desempenho. De fato, a pesquisa demonstra que a exposição e a reestruturação cognitiva simples (i.e., sem treinamento explícito em habilidades sociais) têm um impacto positivo na qualidade do comportamento social, conforme as avaliações de observadores objetivos (p. ex., Heimberg, Salzman, Holt & Blendell, 1993; Hope, Heimberg & Bruch, 1995). Assim, nossa abordagem é trabalhar com base na premissa de que, na

maioria dos casos, os déficits de desempenho podem ser remediados pela exposição e reestruturação cognitiva e não exigem treinamento explícito em habilidades sociais. É claro que, quando a avaliação de um paciente específico sugere o contrário, um treinamento em habilidades sociais pode facilmente ser adicionado ao nosso programa, e ao menos um estudo sugere que essa pode ser uma estratégia benéfica (Herbert et al., 2005).

Outro conjunto de crenças comuns entre indivíduos socialmente ansiosos é que eles terão sintomas notáveis de ansiedade (p. ex., corar, tremer ou suar) e que os outros interpretarão esses sintomas como reflexo de uma doença mental ou outras características negativas (Roth, Antony & Swinson, 2001). Por outro lado, indivíduos que não são ansiosos são mais propensos para pensar que as pessoas consideram que esses sintomas refletem um estado físico normal, como estar com frio, cansado ou com fome. Embora os indivíduos socialmente ansiosos apresentem mais sintomas de ansiedade do que seus correlatos não ansiosos, eles costumam superestimar a visibilidade dos seus sintomas de ansiedade, em comparação à avaliação de observadores objetivos (Alden & Wallace, 1995; Bruch, Gorsky, Collins & Berger, 1989; McEwan & Devins, 1983).

Os indivíduos socialmente ansiosos também podem acreditar que os relacionamentos sociais são inerentemente competitivos e hierárquicos por sua própria natureza (Gilbert, 2001; Trower & Gilbert, 1989; Walters & Hope, 1998). As pessoas socialmente ansiosas muitas vezes têm dúvidas se serão capazes de competir por posições dominantes na hierarquia social. Assim, em vez de tornar a dominância um objetivo importante para suas interações, elas podem adotar objetivos secundários, como permanecer afiliado ao grupo, manter seu atual *status* social e evitar o perigo. Esses objetivos exigem que permaneçam hipervigilantes, para que possam rapidamente detectar sinais de ameaça em outras pessoas e que ajam de um modo que trans-

mita a sua posição subordinada a pessoas identificadas como dominantes. Se o indivíduo percebe que essas estratégias para permanecer afiliado a outras pessoas estão falhando, é provável que ocorram comportamentos de fuga e evitação. Em contrapartida, os indivíduos não ansiosos tendem a considerar os relacionamentos sociais cooperativos e solidários na maior parte do tempo. Por exemplo, um indivíduo socialmente ansioso pode considerar uma conversa com um novo colega de trabalho como um tipo de competição, na qual cada pessoa procura fraquezas no outro (p. ex., quem é mais atraente, mais educado) e como uma ameaça potencial ao seu *status* e autoestima. Uma pessoa não ansiosa seria mais provável de considerar a mesma conversa como uma oportunidade de passar o tempo agradavelmente, fazer um novo amigo, obter contribuições para um projeto e coisas do gênero.

Processamento de informações

Pesquisas mostram que as pessoas socialmente ansiosas apresentam vieses na alocação da atenção, os quais favorecem a detecção de pistas de ameaças sociais no ambiente (p. ex., Asmundson & Stein, 1994; Hope, Rapee, Heimberg & Dombeck, 1990; Mattia, Heimberg & Hope, 1993; Sposari & Rapee, 2007; ver revisões de Hirsch & Clark, 2004, e Schultz & Heimberg, 2008), um fenômeno chamado “usar óculos com lentes amarelas” no manual do paciente. Em um estudo de Veljaca e Rapee (1998), os participantes socialmente ansiosos detectaram reações significativamente mais negativas do que positivas de membros da plateia durante uma apresentação, sugerindo um viés de atenção para informações sociais ameaçadoras. Em comparação, os participantes não ansiosos detectaram reações significativamente mais positivas do que negativas, sugerindo que tinham um viés para detectar pistas sociais indicando segurança e aceitação.

Esse viés atencional traz um potencial para várias consequências negativas. Um viés

para informações sociais negativas pode interferir na capacidade do indivíduo socialmente ansioso de processar informações contrárias às crenças existentes. Portanto, a pessoa que boceja na plateia recebe atenção, e outras pessoas que podem estar sorrindo ou concordando são basicamente ignoradas. Um viés atencional negativo também pode magnificar a importância de informações sociais interpretadas como ameaçadoras, de modo que a percepção da pessoa de que a sua voz está tremendo é igualada à fraqueza de caráter, e não saber a resposta para uma pergunta é compreendido como um reflexo da própria incompetência (um ponto de vista conhecido como hipótese do viés cognitivo combinado; Hirsch, Clark & Mathews, 2006). Por fim, a hipervigilância para ameaças sociais pode esgotar os recursos cognitivos e interferir na capacidade do indivíduo de prestar atenção e responder apropriadamente à tarefa social em questão. Por exemplo, o indivíduo pode se perder durante um discurso ou ter dificuldade para responder perguntas durante uma conversa.

Processamento pós-fato

Um acervo bibliográfico crescente sugere a importância do processamento pós-fato na manutenção do transtorno de ansiedade social (ver revisão de Brozovich & Heimberg, 2008). Descrito primeiramente por Clark e Wells (1995), o processamento pós-fato pode ser definido como a revisão detalhada da pessoa sobre o seu desempenho após uma situação social. Embora isso possa não ser problemático para todos e possa ser benéfico para alguns, os vieses atencionais e interpretativos de pessoas com transtorno de ansiedade social aumentam as chances de que o processamento pós-fato leve a uma reconstrução da memória da situação, de modo a ser recordada como mais negativa do que fora percebida originalmente. De fato, diversos estudos demonstram uma relação entre o processamento pós-fato e a recordação cada vez

mais negativa sobre o próprio desempenho em interações sociais ou situações que exijam falar em público (Abbott & Rapee, 2004; Dannahy & Stopa, 2007; Edwards, Rapee & Franklin, 2003; Perini, Abbott & Rapee, 2006). Os efeitos negativos sobre a crença da pessoa socialmente ansiosa em sua capacidade de enfrentar a situação da próxima vez que ocorrer são potencialmente grandes e ressaltam a necessidade de atividades de reestruturação cognitiva após os exercícios de exposição na sessão e *in vivo*.

Um modelo cognitivo-comportamental integrado do transtorno de ansiedade social

Apresentaremos agora o modelo da ansiedade social que apresenta um modelo conceitual para os procedimentos utilizados em nosso tratamento (Heimberg & Becker, 2002; Rapee & Heimberg, 1997; Roth & Heimberg, 2001; Turk, Lerner, Heimberg & Rapee, 2001). Nosso modelo concentra-se em como a ansiedade social é mantida, em vez de como ela se desenvolve (ver o Capítulo 4 do manual do paciente para uma discussão sobre etiologia). Especificamente, ele retrata o que acontece quando indivíduos socialmente ansiosos enfrentam uma situação que percebem como potencial para uma avaliação negativa.

O modelo cognitivo-comportamental apresentado aqui é mais sofisticado do que o modelo mais genérico apresentado aos pacientes (ver o Capítulo 2 do manual do paciente). Acreditamos que uma compreensão do modelo mais complexo pode facilitar a conceituação dos casos para os terapeutas. Todavia, acreditamos também que o modelo simplificado apresentado no manual do paciente é suficiente para ajudar os pacientes a começarem a reconceituar a sua ansiedade social e a entenderem o raciocínio por trás do tratamento. Teremos pouco benefício em saturar pacientes já ansiosos com detalhes demasiados.

A Figura 2.1 ilustra o que acontece quando um indivíduo socialmente ansioso

confronta uma situação social a qual percebe como potencial para uma avaliação negativa. Confrontado com outra pessoa ou pessoas (i.e., “a plateia”), ela forma uma imagem mental de como se parece para a plateia. Essa imagem mental é formada utilizando informações da memória de longa duração, pistas internas como o rosto ficando quente, e pistas externas como os gestos ou as expressões faciais da outra pessoa. Essas imagens podem incluir imagens espontâneas e recorrentes de fatos que ocorreram na época do começo do transtorno (Hackmann, Clark & McManus, 2000). As pessoas socialmente ansiosas são mais prováveis de formar imagens e memórias de situações sociais ameaçadoras, nas quais se enxergam a partir de um ponto de vista ex-terno (p. ex., Hackmann, Surawy & Clark, 1998; Wells, Clark & Ahmad, 1998). Esse fenômeno não surpreende, pois os indivíduos socialmente ansiosos se preocupam mais em como se aparentam aos outros e se há alguma coisa em sua aparência que possa evocar uma reação negativa. Em comparação, os indivíduos não ansiosos são mais prováveis de lembrar de situações sociais ameaçadoras a partir de uma perspectiva de campo, na qual lembram de pessoas e objetos no ambiente, conforme vistos por seus próprios olhos (p. ex., Coles, Turk, Heimberg & Fresco, 2001).

É provável que a representação mental do *self*, conforme visto pelos outros seja distorcida, de um modo que condiz com as crenças negativas do indivíduo em relação ao seu comportamento e à sua aparência. Por exemplo, um paciente recente que tinha um leve sotaque australiano descreveu sua fala como “murmurada”, “balbuciada” e “difícil de entender”. Os atores durante a dramatização em suas exposições na sessão o descreviam como “charmoso”, “agradável” e “nada difícil de entender”. Outra cliente começou a chorar e se descreveu como “feia” e “inaceitável”, pois considerava a linha do seu queixo muito protuberante para além do rosto, apesar do fato de que essa característica, do ponto de vista objetivo, parecia estar totalmente dentro da faixa de normalidade.

Durante o encontro social, o indivíduo socialmente ansioso monitora e ajusta constantemente a representação mental do *self* com base em pistas internas e externas. Por exemplo, ao fazer uma palestra, uma pessoa socialmente ansiosa seria provável de detectar o menor tremor da mão ao escrever no quadro-negro e então incluiria (e exageraria) essa informação na imagem mental do *self*. Conforme observado anteriormente, esse indivíduo também alocaria os recursos da atenção preferencialmente para detectar rapidamente qualquer *feedback* que sugerisse uma avaliação negativa da plateia (p. ex., sobranceiras franzidas). Portanto, a pessoa tenta simultaneamente monitorar a sua aparência e seu comportamento em busca de qualquer coisa que seja inaceitável, monitorar o ambiente em busca de evidências de avaliações negativas e envolver-se na tarefa social em andamento. Essa divisão dos recursos da atenção *pode* atrapalhar o desempenho social, o que *pode* evocar um *feedback* negativo verdadeiro dos outros (o que, por sua vez, provocaria um ajuste depreciativo da representação mental do *self* conforme visto pelos outros e um aumento nos sintomas de ansiedade). As tarefas sociais complexas, as quais exigem mais recursos para processamento, talvez sejam mais prováveis de resultar em perturbações no desempenho do que tarefas mais simples.

O indivíduo socialmente ansioso pega a sua autorrepresentação mental (distorcida) e a compara com o que percebe como o padrão mantido pela plateia. As características da plateia (p. ex., nível educacional, beleza) e características da situação (p. ex., se é uma tarefa social breve ou prolongada, se a situação é estruturada ou não) influenciam o quanto os padrões da plateia são considerados elevados. Devido ao viés negativo presente na autorrepresentação mental, em muitos casos, o indivíduo julga que não atinge as expectativas da plateia. Nos casos em que o indivíduo percebe que parece e age de modo condizente ou acima dos

padrões estimados da plateia, a ansiedade é mínima. Por exemplo, um indivíduo pode se sentir relativamente confortável fazendo relatos semanais a subordinados, mas extremamente ansioso ao fazer o mesmo relato a um supervisor, o qual pode ser percebido como alguém que mantém padrões mais elevados para o desempenho. Enfim, as previsões de que a probabilidade de uma avaliação negativa é elevada e que as consequências da avaliação negativa serão catastróficas levam aos sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos da ansiedade. Esses sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos interagem entre si e, eventualmente, alimentam e distorcem ainda mais a representação mental do *self*, perpetuando o ciclo de ansiedade.

O modelo sugere vários pontos de intervenção no tratamento do transtorno de ansiedade social. Ele também enfatiza vários aspectos do transtorno que deveriam ser abordados no tratamento, incluindo (Heimberg & Becker, 2002):

- Crenças negativas sobre situações sociais e outras pessoas;
- Crenças negativas sobre si mesmo;
- Previsões negativas sobre os resultados de situações sociais;
- Evitação associada a essas previsões negativas;
- Foco da atenção em pistas de ameaças sociais, quando está na situação social;
- Avaliação negativa do desempenho após a situação ter passado.

Nosso tratamento atua para romper o ciclo vicioso da ansiedade descrito no modelo, por meio do uso de intervenções cognitivas antes, durante e depois de exposições realizadas na sessão e *in vivo*. O Capítulo 2 do manual do paciente apresenta a fundamentação para o uso da reestruturação cognitiva e da exposição, bem como a importância de fazer exposições na sessão e como tarefa de casa.

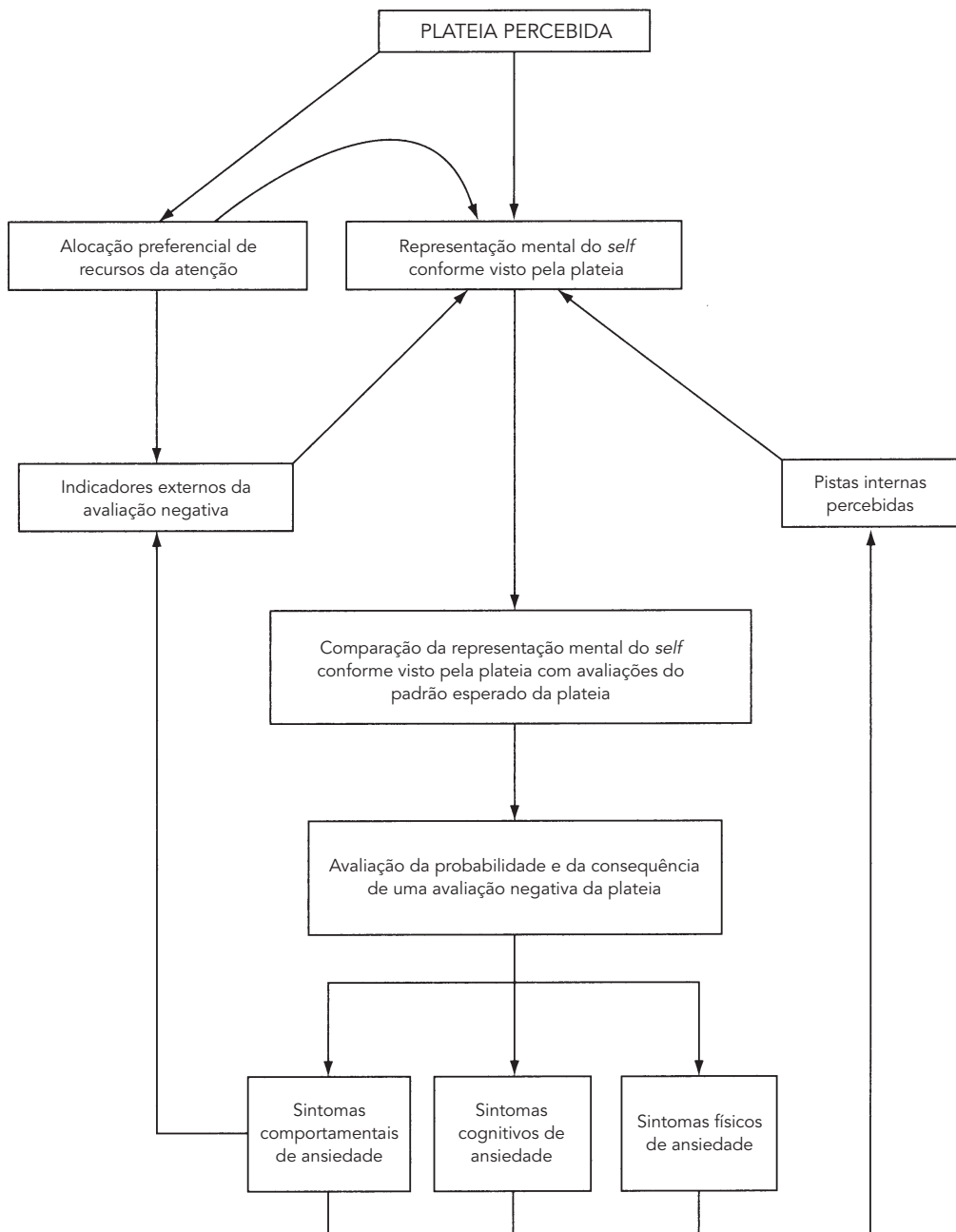


Figura 2.1 Um modelo da geração e manutenção da ansiedade em situações sociais/avaliativas. De Rapee, R.M. & Heimberg, R.C. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 35, 743. © 1997 by Elsevier Science. Reimpresso sob permissão. Todos os direitos reservados.

3

AVALIAÇÃO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL

A avaliação e a terapia estão inexoravelmente entrelaçadas em nossa abordagem de tratamento. Este capítulo concentra-se no que percebemos como uma avaliação adequada no pré-tratamento e trata do papel da avaliação no decorrer do tratamento. Para leitores que desejem uma revisão mais minuciosa de questões de avaliação e psicométricas, sugerimos a leitura de Hart, Jack, Turk e Heimberg (1999) e Heimberg e Turk (2002).

Avaliação pré-tratamento

Avaliação para ansiedade social clinicamente significativa

Na maioria das situações clínicas, a primeira sessão do paciente consiste em uma entrevista clínica não estruturada. Conforme discutido no Capítulo 2 deste guia do terapeuta, como os indivíduos com transtorno de ansiedade social geralmente não procuram tratamento a menos que tenham um diagnóstico comórbido, e como os profissionais da saúde muitas vezes não detectam a ansiedade social clinicamente signi-

ficativa, recomendamos que todas as entrevistas de admissão incluam questões de triagem para problemas com ansiedade social. Pesquisas revelam que os clientes que obtêm um escore total de 6 ou mais em três avaliações derivadas do Inventário de Fobia Social (SPIN; Connor et al., 2000) são prováveis de satisfazer os critérios diagnósticos para o transtorno de ansiedade social (Connor, Kobak, Churchill, Katzelnick & Davidson, 2001; Katzelnick et al., 2001). Essas questões, conhecidas como “Mini-SPIN”, são “o medo do embarço me faz evitar fazer coisas ou falar com pessoas”, “eu evito atividades em que sou o centro da atenção” e “embaraçar-me ou parecer estúpido estão entre meus piores medos”. Cada questão é avaliada em uma escala de 5 pontos, conforme a seguir: 0 = nada; 1 = um pouco; 2 = até certo grau; 3 = bastante; 4 = extremamente. Na Clínica de Ansiedade Adulta de Temple, utilizamos o Mini-SPIN como um instrumento breve de triagem por telefone durante algum tempo, e ele se mostrou ser bastante útil. Além disso, entre os indivíduos que vieram depois à clínica para ava-

liação, o Mini-SPIN estava significativamente correlacionado a outras medidas da ansiedade social e deficiência funcional, mas não com medidas da ansiedade/preocupação generalizada, depressão ou sensibilidade à ansiedade (Weeks, Spokas & Heimberg, 2007).

Apresentamos o Mini-SPIN como um método que pode ser usado em uma triagem inicial para a presença de ansiedade social clinicamente significativa. Naturalmente, uma vez que o clínico suspeita que a ansiedade social é um problema para determinado paciente, faz-se necessária uma avaliação mais minuciosa para se chegar a um diagnóstico de transtorno de ansiedade social conforme os critérios do DSM-IV. Os instrumentos administrados pelo clínico e de autoavaliação descritos neste capítulo podem ajudar a esclarecer se a ansiedade social está dentro da faixa de normalidade ou se sugere dificuldades clinicamente significativas. Entrevistas clínicas semiestruturadas também podem ajudar a detectar o transtorno de ansiedade social, além de ajudar com o diagnóstico diferencial e avaliar condições comórbidas as quais possam afetar o curso do tratamento. Entrevistas clínicas semiestruturadas comumente utilizadas são o Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version (ADIS-IV-L; DiNardo, Brown & Barlow, 1994) e a Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders – Patient Edition (SCID-I/P; First, Spitzer, Gibbon & Williams, 2002). Embora, em muitos locais, as entrevistas estruturadas sejam favorecidas sobre as entrevistas semiestruturadas, devido a restrições financeiras, de tempo e de treinamento, recomendamos ter cópias de uma ou mais dessas entrevistas à mão para utilizar com pacientes com quadros particularmente complexos.

Diagnóstico diferencial

Às vezes, pode ser difícil determinar se os sintomas de um paciente devem ser caracterizados como características do trans-

torno de ansiedade social ou de algum outro transtorno. Uma das decisões mais difíceis relacionadas ao diagnóstico diferencial pode ser entre o transtorno de ansiedade social e o transtorno do pânico. Indivíduos com transtorno de ansiedade social podem ter ataques de pânico ocasionalmente ou rotineiramente em situações sociais. Os indivíduos com transtorno do pânico também podem ter ataques de pânico em situações sociais e se sentirem embaraçados com a maneira como as pessoas podem percebê-los se saírem abruptamente da sala por sensações de pânico ou se seus sintomas de ansiedade forem visíveis. Apesar desses aspectos sobrepostos, esses transtornos podem ser distinguidos. É importante fazer o diagnóstico correto, pois podem ser indicadas diferentes abordagens de tratamento.

Uma questão a considerar é se o indivíduo tem medo primeiramente dos sintomas em si ou de que os sintomas levem a uma avaliação negativa. Espera-se que os indivíduos com transtorno do pânico se preocupem com os sintomas da ansiedade, mesmo que estejam a sós e ninguém testemunhe seu ataque de pânico. Os indivíduos com transtorno de ansiedade social, por outro lado, provavelmente se preocupariam com a possibilidade de os outros terem visto seus sintomas de ansiedade e os avaliarem negativamente por causa deles.

Outra questão a considerar é se os ataques de pânico ocorrem em situações que não tenham cunho social ou, por outro lado, se os ataques de pânico ocorrem exclusivamente em determinadas situações sociais. Um diagnóstico de transtorno do pânico com agorafobia é mais provável se o indivíduo tiver medo de sofrer um ataque de pânico em pelo menos algumas situações em que a avaliação social seja improvável (p. ex., quando a sós, durante o sono, ao passar sobre uma ponte). Além disso, o transtorno de ansiedade social deve ser considerado se os ataques de pânico ocorrerem exclusivamente durante, ou ao prever, uma situação social temida

(p. ex., fazer um discurso). De maneira importante, o transtorno de ansiedade social e o transtorno do pânico podem coocorrer, e alguns indivíduos satisfazem os critérios para os dois. Nesses casos, deve-se chegar a um acordo entre o paciente e o clínico com relação ao transtorno que será o foco inicial do tratamento.

Ocasionalmente, alguém nos pede para diferenciar o transtorno de ansiedade social do transtorno da personalidade paranoide, ou “paranoia” em geral. É verdade que alguns pacientes socialmente ansiosos relatam preocupações avaliativas sociais que parecem improváveis para pessoas sem o transtorno. Por exemplo, pode parecer “paranoide” pacientes socialmente ansiosos temerem que estranhos estão rindo deles em um restaurante, que pessoas que passam na rua os estão criticando, ou que estranhos os estão escrutinando, naquelas que seriam situações inócuas para a maioria das pessoas. Essa hipervigilância à avaliação negativa pode parecer “paranoide” para a maioria das pessoas que não enxergam os outros como fontes de rejeição dolorosa ou que não se consideram fundamentalmente inaceitáveis para os outros. Esses relatos de pacientes socialmente ansiosos, especialmente aqueles com medos mais generalizados, não são incomuns, podendo ser conceituados como parte do quadro do transtorno de ansiedade social, em vez de um diagnóstico alternativo ou adicional. Além disso, na maioria dos casos, há pelo menos um certo reconhecimento de que esses tipos de medos são excessivos ou irracionais. Por outro lado, seria de esperar que os pacientes que satisfazem os critérios para o transtorno da personalidade paranoide tivessem menos preocupação em não cumprir os padrões dos outros. Ao contrário, eles seriam mais prováveis de considerar o seu próprio comportamento razoável e o comportamento dos outros injustificavelmente malévolo.

Também é preciso distinguir o transtorno de ansiedade social e o transtorno

da personalidade esquizoide. Os indivíduos esquizoides não desejam ou gostam de relacionamentos íntimos. As pessoas socialmente ansiosas, em comparação, desejam o contato social que temem. Ocasionalmente, pessoas com transtorno de ansiedade social, no decorrer do tratamento, fazem afirmações como “talvez eu simplesmente não esteja interessado em conversas com os colegas no trabalho” ou “não me interesse por namorar” – mesmo quando essas afirmações não poderiam ser mais distantes da verdade. Na maioria dos casos, uma sondagem superficial revela que essas afirmações refletem uma intensa ansiedade por confrontar uma situação social temida e o desejo associado de evitá-la, ao contrário de uma falta genuína de interesse em outras pessoas.

A importância da avaliação diagnóstica

O tempo dedicado a uma avaliação diagnóstica detalhada é um tempo bem empregado. Os pacientes cujos sintomas podem ser explicados por um diagnóstico além do transtorno de ansiedade social podem ter pouca melhora com este tratamento, podendo ter, entre outras coisas, mais frustração, desesperança e dificuldades financeiras. Em casos em que pacientes diagnosticados incorretamente são incluídos em um grupo de tratamento, o processo de grupo provavelmente será prejudicado, pois a falta de encaixe do paciente com o grupo se torna visível.

Também é importante fazer uma avaliação diagnóstica minuciosa para determinar se o transtorno de ansiedade social é apenas um aspecto de um quadro clínico mais complexo. Conforme discutido no Capítulo 2 deste guia do terapeuta, a comorbidade é comum entre pessoas com transtorno de ansiedade social. Em nossa rotina, tratamos pacientes com transtornos comórbidos da ansiedade e do humor em

tratamento em grupo e individual. Conforme observado anteriormente, essa comorbidade está associada a maiores limitações no pré e pós-tratamento, mas não impede benefícios terapêuticos significativos. A comorbidade deve sugerir ao terapeuta e ao paciente que pode ser necessário um tratamento mais prolongado da ansiedade social ou um tratamento complementar dirigido ao transtorno comórbido, para que o paciente alcance um bom estado final de funcionamento.

Para pacientes com grandes limitações causadas por transtornos ou problemas de vida além da ansiedade social, o clínico e o paciente devem chegar a um acordo com relação a qual deve ser o foco inicial do tratamento. Depressão grave, dependência de substâncias, transtorno bipolar descontrolado, transtornos graves da alimentação ou estressores agudos na vida (p. ex., luto) seriam exemplos de problemas que, na maioria dos casos, precisariam ser abordados antes de iniciar este programa de tratamento. No caso de uma terapia individual, os tratamentos podem ser sequenciados ou integrados de modo que melhor satisfaça as necessidades do paciente.

Medidas pré-tratamento

O terapeuta deve discutir com o paciente os diagnósticos aos quais chegou (ou está considerando) após a consulta inicial, discutindo também a importância de fazer outras avaliações para entender melhor a natureza da ansiedade social do paciente antes de começar o tratamento. Acreditamos que uma bateria de avaliação pré-tratamento consiste em, no mínimo, medidas de autoavaliação e avaliadas pelo clínico para a ansiedade social e um teste comportamental, no qual o paciente enfrenta uma ou mais situações sociais que lhe provoquem medo dentro do ambiente clínico (veja mais sobre o uso de testes comportamentais na prática clínica a seguir). Deve ser possível completar essa bateria no decorrer de uma ou duas sessões.

Mesmo em casos em que a ansiedade social seja a queixa do paciente e, obviamente, o principal problema, a administração de instrumentos de autoavaliação e a avaliação do clínico é importante. No contexto de uma entrevista clínica inicial, a vergonha e o medo da avaliação podem levar os pacientes a fazerem descrições de seus problemas que não reflitam totalmente a gravidade ou globalidade de seu medo e evitação sociais. A administração de medidas psicométricas de autoavaliação e avaliadas pelo clínico facilita a avaliação do medo e da evitação em uma ampla variedade de situações sociais, dentro de um modelo de tempo relativamente breve. Além disso, a disponibilidade de dados relacionados ao desempenho típico de pacientes socialmente ansiosos e controles normais permite que o clínico avalie de forma objetiva a gravidade dos sintomas de um determinado paciente em relação a pontos de referência significativos. Por fim, os escores de pré-tratamento proporcionam uma medida basal para comparar o progresso objetivamente.

A bateria de avaliação recomendada

Para facilitar a avaliação de pré-tratamento, incluímos no apêndice cópias de medidas amplamente utilizadas da ansiedade social, informações sobre a contagem de pontos e dados normativos. Para mais informações sobre as medidas apresentadas, ver Hart et al. (1999) e Heimberg e Turk (2002). Em uma bateria de avaliação pré-tratamento padrão, geralmente incluímos a Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) e a Social Phobia Scale (SPS). Esses instrumentos de autoavaliação avaliam o medo de situações interpessoais e o medo de ser escrutinado por outras pessoas, respectivamente (Mattick & Clarke, 1998), e ambos discriminam pessoas com o transtorno de ansiedade social e pessoas com outros transtornos de ansiedade (Brown

et al., 1997; Heimberg, Mueller, Holt, Hope & Liebowitz, 1992). Para avaliar o medo de julgamento desfavorável pelas pessoas, incluímos a escala de autoavaliação Brief Fear of Negative Evaluation Scale (BFNE; Leary, 1983). Observe que pesquisas recentes sugerem que, para a BFNE (Rodebaugh et al., 2004; Weeks et al., 2005) e a SIAS (Rodebaugh, Woods & Heimberg, 2007), a formulação direta das questões pode proporcionar uma medida mais válida do que as questões que exigem pontuação reversa; ver os artigos citados para detalhes. Contudo, incluímos a BFNE padrão e normas associadas no apêndice. Finalmente, administramos a Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS; Liebowitz, 1987), um instrumento administrado pelo clínico, criado para avaliar o medo e a evitação de interações sociais e situações de desempenho. Fizemos pesquisas consideráveis sobre as características psicométricas da LSAS e demonstramos que ela estabelece uma correlação elevada com outras medidas da ansiedade social, consegue discriminar pessoas com o transtorno de ansiedade social e pessoas com transtorno de ansiedade generalizada, e é sensível aos efeitos do tratamento cognitivo-comportamental e farmacológico (Fresco et al., 2001; Heimberg et al., 1998, 1999; Heimberg & Holaway, 2007; Mennin et al., 2002).

Outras medidas de avaliação

Há outros instrumentos que foram criados especificamente para utilização na avaliação do transtorno de ansiedade social. Provavelmente, o instrumento de autoavaliação mais usado, que não foi incluído neste guia, é o Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI; Turner, Beidel, Dancu & Stanley, 1989). A Brief Social Phobia Scale (BSPS; Davidson et al., 1991) provavelmente seja o instrumento administrado pelo clínico usado com maior frequência, seguido pela LSAS.

Uma nova medida de autoavaliação que merece ser seriamente considerada é a Subtle Avoidance Frequency Examination (SAFE), a qual mede o nível em que o paciente apresenta uma variedade de comportamentos de segurança e outras formas sutis de evitação (Cuming et al., 2009). Três fatores emergiram da SAFE, que parecem refletir comportamentos de segurança ativos, restrições sutis ao comportamento e comportamentos visando evitar ou ocultar sintomas físicos. A SAFE demonstrou uma forte consistência interna, boa validade de construto e a capacidade de discriminar participantes clínicos de não clínicos. Embora seja necessária mais avaliação para essa nova medida, a SAFE talvez tenha utilidade como um outro meio de identificação de comportamentos de evitação que sejam importantes de abordar no tratamento baseado em exposição e para avaliar o resultado do tratamento.

Medidas de avaliação complementares

Além dos instrumentos para avaliação da ansiedade social, também administramos medidas que avaliam outros construtos. Costumamos administrar o Beck Depression Inventory, 2nd edition (BDI-II), que avalia sintomas de depressão (Beck, Steer & Brown, 1996). Medidas do grau de deficiência, como a Liebowitz Self-Rated Disability Scale (Schneier et al., 1994) são usadas para avaliar níveis variados de comprometimento funcional em diversos domínios. Talvez o melhor padrão para julgar o impacto de um tratamento seja o seu efeito sobre o senso geral de bem-estar do paciente. Portanto, também administramos o Quality of Life Inventory, uma medida de autoavaliação que avalia o nível em que os pacientes se percebem como satisfeitos nas áreas de suas vidas que consideram importantes para a sua felicidade (Frisch, 1994).

Usando testes comportamentais em ambientes clínicos

De maneira ideal, o teste do comportamento deve ser aplicado antes do tratamento. Os testes comportamentais fornecem informações objetivas sobre o quanto o paciente fica ansioso durante interações sociais, situações de desempenho e/ou observacionais. Eles também fornecem um índice objetivo da qualidade do comportamento social do paciente e ajudam o terapeuta a estimar a probabilidade de que os esforços do paciente encontrem uma resposta positiva no mundo real. Essa informação objetiva não pode ser substituída por uma autoavaliação, pois a pesquisa mostra que indivíduos socialmente ansiosos descrevem seu comportamento social como mais inadequado (p. ex., Norton & Hope, 2001; Rapee & Lim, 1992; Stopa & Clark, 1993) e sua ansiedade como mais visível (p. ex., Alden & Wallace, 1995) do que avaliadores independentes. Um teste comportamental de pré-tratamento também pode fornecer informações valiosas que podem ser usadas para estruturar e calibrar o nível de dificuldade da primeira exposição realizada na sessão. Como com as medidas de autoavaliação e as medidas administradas pelo clínico, os testes comportamentais podem ser readministrados como um meio de avaliar a redução na ansiedade e a melhora no desempenho após o tratamento. A administração de testes comportamentais pode ser difícil para terapeutas que não estejam familiarizados com eles. Terapeutas que não tenham formação comportamental devem consultar uma fonte complementar antes de experimentar um teste comportamental. Uma descrição detalhada de testes comportamentais pode ser encontrada em Heimberg e Becker (2002).

Em nosso trabalho clínico, fora do ambiente de pesquisa, costumamos usar procedimentos mais informais para testes comportamentais do que os utilizados na

pesquisa e descritos em Heimberg e Becker (2002). Geralmente, o terapeuta escolhe uma ou duas situações entre as situações temidas pelo paciente, os quais possam ser reproduzidas com facilidade no ambiente de tratamento, apenas com o terapeuta como confederado. Com frequência, os testes comportamentais envolvem uma conversa em uma situação como a fila do mercado, uma situação de assertividade como devolver um produto indesejado a uma loja, ou fazer uma fala espontânea com o terapeuta como o único membro da plateia. O terapeuta explica ao paciente que é importante que ele enxergue como são essas situações, e que geralmente não é possível participar de situações reais com o paciente. A situação deve ser suficientemente fácil para que o paciente tente fazer e, de maneira ideal, mantenha por 3 a 4 minutos. O terapeuta pode obter muitas informações a partir do teste comportamental, incluindo:

- O nível geral de habilidade social e qualidade do desempenho;
- A visibilidade geral da ansiedade;
- A visibilidade de sintomas específicos de ansiedade, como tremor das mãos, que pode ser um foco do tratamento;
- A concordância entre a autoavaliação do paciente sobre suas habilidades sociais/qualidade do desempenho ou a visibilidade dos sintomas de ansiedade e as impressões do terapeuta; e
- A propensão do paciente a evitar toda ou parte da situação ou fugir.

O terapeuta pode complementar essas informações pedindo para o paciente informar os níveis subjetivos de ansiedade antes e depois da experiência, além de uma avaliação retrospectiva do pico de ansiedade durante a dramatização. (Não é uma boa ideia interromper o paciente para obter medidas da ansiedade, como se faz durante o tratamento, pois isso atrapalha o desempenho e não é necessário nesse momento.) Os pacientes também podem in-

formar as cognições que tiveram durante o teste comportamental. Todas essas informações podem servir como dados básicos para medir a mudança e orientar a conceituação do caso, em relação aos vieses cognitivos primários para o indivíduo em questão. Todas as medidas listadas acima podem ser analisadas qualitativamente pelo terapeuta, o qual também pode facilmente pensá-las segundo uma escala (p. ex., 1 a 5 em habilidades sociais, com 1 sendo um desempenho inadequado, 5 sendo um desempenho excelente). Fazer anotações sobre o teste comportamental e/ou usar uma avaliação quantitativa permitiria que o terapeuta repetisse o teste comportamental mais adiante como medida do progresso do paciente, sem os inevitáveis vieses da memória.

Consideramos os testes comportamentais extremamente úteis para a conceituação do caso e o planejamento do tratamento. Conforme observado anteriormente, os indivíduos socialmente ansiosos muitas vezes acreditam que têm habilidades sociais deficientes. Isso muitas vezes representa uma percepção distorcida de seu próprio comportamento, ou a sua ansiedade está interferindo no desempenho. Todavia, déficits verdadeiros ocasionais em habilidades sociais são uma parte importante do quadro clínico. Conforme descrito por Méier e Hope (1998), os testes comportamentais podem ajudar a esclarecer essa diferença. Se um paciente consegue cumprir as habilidades sociais exigidas durante um teste comportamental, o déficit do paciente, logicamente, é de desempenho, e não por falta de habilidades. Portanto, se, no primeiro teste comportamental, o paciente demonstrar habilidades sociais razoáveis, a avaliação pode parar, mesmo que o paciente esteja convencido de que carece de habilidades. Todavia, se o desempenho não for notavelmente fraco, o terapeuta poderá administrar outros testes comportamentais que evoquem menos ansiedade. Se as habilidades necessárias estiverem presentes no teste comportamental menos ameaça-

dor, a qualidade do desempenho deve melhorar quando o paciente sentir menos ansiedade. Como último recurso para indivíduos muito ansiosos, o paciente pode fazer um relato verbal do que poderia dizer ou de como poderia agir em determinada situação social. Se, no mínimo, o paciente conseguir dizer como seria o comportamento hábil, passamos ao tratamento baseado em exposição apresentado no manual, sem mais treinamento em habilidades. Não obstante, se não for possível construir um teste comportamental ou obter um relato verbal o qual forneça evidências de habilidades sociais, o plano de tratamento deve contemplar alguma forma de atenção ao treinamento de habilidades sociais.

Ao avaliar as habilidades sociais ou a visibilidade dos sintomas de ansiedade, é importante que o terapeuta considere os padrões pelos quais está fazendo esse juízo. Há muitas pessoas bem-sucedidas que não têm habilidades sociais perfeitas. O padrão do que é aceitável varia amplamente entre culturas e situações. Não é preciso ter as habilidades de oratória dos presidentes John Kennedy, Ronald Reagan ou Barack Obama para apresentar o relatório na reunião semanal com 10 pessoas. Comportamentos verbais ou não verbais que muitas pessoas consideram negativos ou a falta clara de percepção do que costuma ser considerado socialmente apropriado podem exigir treinamento de habilidades. Entretanto, pode haver preocupações sutis dentro da ampla faixa de comportamento normal ou comportamentos que mudem em resposta às contingências naturais de interações sociais, uma vez que o paciente para de evitar e começa a participar mais de situações sociais. Finalmente, o terapeuta deve considerar se pode haver comportamentos de segurança disfarçados como habilidades deficientes. Por exemplo, um paciente pode fazer pouco contato visual quando fica ansioso porque isso o ajuda a reduzir a ansiedade, mas ele sabe que deve fazer mais contato visual e faz quando não está ansioso.

Desenvolvendo o contrato de tratamento

Para pacientes com quadros clínicos complexos, a bateria de avaliação de pré-tratamento fornece mais dados sobre se os sintomas do paciente podem ser explicados pelo diagnóstico de transtorno de ansiedade social e se a ansiedade social deve ser o foco inicial do tratamento. Nossa preferência é de que os pacientes que estejam começando o programa façam dele o foco primário por um período de tempo acordado, como 12 a 16 semanas, mesmo que existam diagnósticos coprimários ou secundários presentes, como depressão. De outra forma, em pontos particularmente difíceis do tratamento, como o início de exercícios de exposição, é fácil cair na armadilha de trocar o foco da terapia para outras questões. Nesses casos, o comportamento de evitação é reforçado. Além disso, acreditamos, com base na experiência clínica e de pesquisa, que os pacientes que não recebem uma dose suficiente de exposição são improváveis de melhorar. De maneira importante, não queremos que pacientes que tenham lido o manual do paciente, mas tenham feito pouca ou nenhuma exposição na sessão ou *in vivo*, concluam incorretamente que o programa não funcionou para eles.

Avaliação durante o tratamento

A avaliação desempenha um papel importante em todos os aspectos deste programa. Os pacientes devem fazer diversos exercícios para identificação de sintomas físicos, cognitivos e comportamentais de ansiedade e de pensamentos associados e emoções e erros de pensamento associados, conforme descrito no manual do paciente e neste guia do terapeuta. Começando na terceira sessão, pedimos para os pacientes preencherem o Social Anxiety Session Change Index (SASCI; Hayes,

Miller, Hope, Heimberg & Juster, 2008) a cada semana, e o terapeuta e o paciente organizem esses escores em forma de gráficos semanais para monitorar, de maneira cooperativa, o progresso do paciente. O SASCI (no Capítulo 3 do manual do paciente) é uma escala de 4 itens, que pede para os pacientes indicarem o quanto acham que mudaram desde o começo da terapia em quatro dimensões: ansiedade, evitação, preocupação com humilhação e embaraço, e interferência. Um escore total de 16 indica que não houve mudança desde o começo do tratamento. Escores de 4 a 15 indicam melhora, enquanto escores de 17 a 28 indicam deterioração. A consistência interna do SASCI entre as sessões é boa, com alfas variando de 0,84 a 0,94. No estudo de Hayes e colaboradores (2008), as mudanças no SASCI estavam relacionadas a mudanças no medo da avaliação negativa e com a melhora, avaliada pelo clínico, na ansiedade social, mas não com a sensibilidade à depressão ou ansiedade. Vinhetas descrevendo o uso do SASCI com pacientes com diferentes padrões de mudança são apresentadas por Hayes et al. (2008). Há uma substancial variabilidade no padrão e na taxa de mudança no SASCI, mesmo com resultados exitosos. Os terapeutas devem estar cientes de que muitos pacientes apresentam pouca mudança no SASCI nas primeiras administrações, mas que o padrão geral depois disso deve refletir uma redução em escores. À medida que as exposições *in vivo* se tornam mais desafiadoras, os escores no SASCI podem piorar temporariamente, pois a ansiedade aumenta em resposta a esses desafios. Os terapeutas devem estar particularmente cientes de escores que reflitam uma piora geral nos sintomas, especialmente por mais de uma ou duas sessões, pois esses escores não parecem estar associados a resultados positivos. Se o paciente também parecer deprimido ou disfórico na avaliação de pré-tratamento, pode ser indicado administrar o BDI-II semanalmente.

Avaliação pós-tratamento

Depois do curso de tratamento negociado inicialmente com o paciente, deve-se repetir a bateria de avaliação administrada no pré-tratamento (i.e., questionários de autoavaliação, instrumentos administrados pelo clínico, teste comportamental). A avaliação pós-tratamento informa decisões sobre se o paciente está pronto para descontinuar o tratamento, se são necessárias mais sessões focando a ansiedade social, ou se devem ser considerados tratamentos complementares ou alternativos.

Ao final de 12 a 16 sessões, é improvável que todos os medos sociais do paciente tenham sido eliminados. De fato, a eliminação da ansiedade social não deve ser o critério para conclusão do tratamento. Ao contrário, se um paciente para de evitar situações sociais importantes, sente uma redução significativa na ansiedade em algumas áreas e acredita que pode usar as habilidades adquiridas na terapia para continuar a trabalhar de maneira independente, provavelmente está pronto para parar com o tratamento. Esse paciente é provável de continuar a fazer progresso nos meses seguintes, sendo recomendadas consultas de acompanhamento para monitorar o *status* clínico do paciente (p. ex., 1 mês e 6 meses após o tratamento).

Em outros casos, pode ficar claro que o tratamento está funcionando, mas que a ansiedade e a evitação do paciente ainda são graves e globais demais para que o paciente esteja pronto para continuar por conta própria. Esse fenômeno costuma ser observado geralmente em pacientes com ansiedade social generalizada e/ou transtorno da personalidade esquiva, podendo também ser observado em alguns pacientes com depressão ou outras comorbidades significativas. Os dados obtidos com a avaliação mais recente devem ser utilizados para orientar decisões sobre a duração do novo contrato de tratamento e os domínios que

serão abordados durante esse período. O novo contrato de tratamento, assim como o original, deve ser para 16 sessões ou menos, quando deve haver outra avaliação pós-tratamento. Para alguns pacientes, pode ser apropriado alterar a frequência das sessões no decorrer do novo contrato de tratamento (p. ex., encontrar-se semanalmente por dois meses, quinzenalmente por dois meses, mensalmente por dois meses).

Finalmente, em alguns casos, a avaliação revelará que o tratamento resultou em pouca ou nenhuma melhora. Em certos casos, o terapeuta pode decidir que os sintomas do paciente são explicados por outro diagnóstico, devendo recomendar um tratamento alternativo apropriado. Em outros, o transtorno de ansiedade social pode realmente ser o problema primário, mas são identificados os fatores que contribuíram para o resultado negativo. Modificar esses fatores se tornaria a prioridade. Por exemplo, fatores ambientais que promovam a continuação do comportamento de evitação podem estar presentes para alguns clientes (p. ex., o marido que desencoraja a independência da esposa; um filho adulto cujos sintomas de ansiedade social o forcem a precisar do apoio financeiro dos pais). Antes de tentar um tratamento adicional para a ansiedade social, seria recomendada uma terapia que abordasse esses fatores ambientais. Em outro exemplo, pode-se identificar que a ansiedade avassaladora durante as exposições resulta em baixa adesão às tarefas de casa, a qual contribuiu para o resultado negativo. Tratamentos complementares, como relaxamento aplicado (Öst, 1987) ou medicação concomitante, podem tornar as exposições mais fáceis de tolerar para esses pacientes. De maneira semelhante, pacientes cuja ansiedade seja parcialmente mantida pelas reações negativas que evocam de outras pessoas durante as exposições por causa de suas habilidades sociais deficientes podem se beneficiar com um treinamento em habilidades sociais.

Avaliação sensível a aspectos culturais

A competência multicultural é um aspecto essencial da avaliação e da prática clínica contemporâneas. Embora uma discussão completa sobre essa competência esteja além do escopo deste volume, há algumas questões que são especialmente importantes ao trabalhar com indivíduos que apresentam o transtorno de ansiedade social. Primeiro, há variações culturais amplas em interações sociais apropriadas. O clínico deve avaliar a ansiedade social dentro do contexto cultural do paciente. Por exemplo, a aversão ao olhar dos outros, o qual pode ser vista como um sintoma de ansiedade social na cultura europeia e norte-americana, é culturalmente apropriada em certas tribos de nativos americanos (De Coteau, Anderson & Hope, 2006). Deve-se ter cuidado para não patologizar um comportamento culturalmente apropriado ou normalizar um comportamento que seja inaceitável dentro da cultura da pessoa. Em segundo lugar, o heterocentrismo, a premissa de que a heterossexualidade é normal ou melhor

(Herek, 2009), pode ter um impacto na avaliação do transtorno de ansiedade social. Os terapeutas devem ter o cuidado de não pressupor que o paciente seja heterossexual durante o processo de avaliação, especialmente ao perguntarem sobre a ansiedade em situações de namoro. Até que o paciente indique especificamente o gênero da pessoa que prefere namorar, o terapeuta deve manter sua linguagem neutra ou, então, perguntar especificamente. Um indivíduo socialmente ansioso que também faça parte de uma minoria sexual talvez não tenha assertividade suficiente para corrigir um terapeuta que pressuponha que seja heterossexual, levando a um retraimento potencial do tratamento ou um segredo incômodo, o qual provavelmente atrapalharia o processo terapêutico. Deve-se observar que vários dos instrumentos de autoavaliação para a ansiedade social também pressupõem heterossexualidade. Estamos pesquisando para desenvolver um texto mais adequado com alguns desses instrumentos, mas, por enquanto, os terapeutas podem apenas discutir as questões específicas com o paciente e formulá-las da maneira adequada.

PARTE II

GUIA DO TERAPEUTA SESSÃO POR SESSÃO

4

VISÃO GERAL DO CURSO DO TRATAMENTO

O resto deste livro acompanha o manual do paciente capítulo por capítulo. Neste capítulo, apresentaremos uma visão geral de como usar este guia do terapeuta e o manual do paciente de maneira mais efetiva. Também discutiremos diversas questões que não são específicas a nenhum capítulo, mas que surgem no decorrer do tratamento, incluindo detalhes logísticos, como incentivar a adesão às tarefas de casa, o desenvolvimento da aliança terapêutica, o controle do tempo na sessão e sugestões para o estilo mais efetivo para o terapeuta.

Organização do guia do terapeuta

Cada capítulo do manual do paciente tem um capítulo correspondente no guia do terapeuta, todos seguindo um formato semelhante. Cada capítulo começa com uma estrutura de tempo sugerida e detalhes logísticos sobre os materiais necessários para a sessão. Depois disso, apresentamos material de apoio para elaborar as informações no manual do paciente ou as dicas para resolver dificuldades que surgirem.

O ritmo da terapia e o momento de usar cada capítulo do manual do paciente

Para nossa pesquisa com o manual do paciente, estabelecemos diretrizes que nossos terapeutas devem seguir para que se considere que estão “seguindo o protocolo”. Esperamos que a apresentação dos nossos procedimentos neste guia do terapeuta facilite o uso do manual do paciente em pesquisas e ajude outras pessoas a entenderem melhor os resultados dos nossos estudos. Na prática clínica, essas diretrizes podem ser adotadas de maneira mais flexível (Kendall, Chu, Gofford, Hayes & Nauta, 1998; Kendall, Gosch, Furr & Sood, 2008). Entretanto, recomendamos que essas diretrizes sejam seriamente consideradas por todos os clínicos, como um modo de manter o foco no desfecho final da terapia para a ansiedade social – o término de um tratamento breve e eficiente, por consenso mútuo e com a realização de objetivos definidos em comum acordo.

Nosso atual protocolo de pesquisa afirma que uma terapia consiste em 16

sessões de terapia individual, realizadas dentro de um período de 20 semanas. Todas as sessões são de 50 a 60 minutos, exceto a primeira sessão com exposição, para a qual se recomendam 90 minutos. O modelo temporal de 20 semanas permite perder sessões por causa de doenças, férias e feriados sem comprometer seriamente o *momentum* da terapia. Se possível, é preferível fazer todas as 16 sessões em 16 semanas. Antes das 16 sessões com o manual do paciente, os pacientes terão duas a três consultas clínicas, durante as quais se faz uma entrevista de admissão e outras avaliações (ver o Capítulo 3 deste guia do terapeuta). Essas sessões de pré-tratamento, assim como as sessões de avaliação e *feedback* pós-tratamento, não são contadas como parte da fase de tratamento de 16 sessões.

Nosso protocolo estabelece diretrizes para quais capítulos devem ser abordados no curso da terapia. Os terapeutas devem trabalhar os Capítulos 1 a 8 do manual do paciente, em ordem, sem pular nenhum capítulo. Com base em nossa experiência com a edição anterior, recomendamos que todos os pacientes façam os Capítulos 9, 10 e 11, os quais lidam com o medo de interações sociais, medos observacionais e o medo de falar em público, respectivamente. Embora nem todos os pacientes tenham medo ou precisem de exposição em cada um desses domínios, esses capítulos contêm pensamentos automáticos, técnicas cognitivas e respostas racionais que se aplicam à maioria dos indivíduos com transtorno de ansiedade social.

A ordem desses três capítulos pode variar, de modo que o capítulo mais relevante para o paciente seja tratado em primeiro lugar. O Capítulo 12, o qual aborda a reestruturação cognitiva avançada, deve ser abordado quando o paciente estiver pronto, geralmente entre as sessões 10 a 13. Quando parecer que o término está próximo, deve-se trabalhar o Capítulo 13, que trabalha com o fim da terapia.

Para garantir que haja um número adequado de sessões para fazer um número suficiente de exposições na sessão, os terapeutas não devem gastar mais de quatro sessões para trabalhar os Capítulos 1 a 4 do manual do paciente. Pacientes que sejam especialmente inteligentes e motivados talvez não tenham dificuldade de trabalhar dois capítulos por sessão, de modo que será possível concluir esse material em apenas duas semanas. Não recomendamos que os terapeutas abordem mais de dois capítulos por semana, pois, mesmo que possam ler o material, é improvável que os pacientes consigam integrá-lo plenamente e extrair o máximo dos exercícios associados. Os terapeutas devem buscar um equilíbrio, de maneira a não avançarem lentamente demais e os pacientes se entediarem, mas também não avançarem rápido demais e os pacientes não terem tempo e repetições suficientes para absorverem os conceitos plenamente. Se alguém além do terapeuta fez a entrevista inicial de admissão e as avaliações pré-tratamento, trabalhar um capítulo por sessão daria mais tempo ao terapeuta para desenvolver uma boa aliança terapêutica, a qual é importante para exposições produtivas.

Os terapeutas devem passar duas a três sessões trabalhando com os Capítulos 5 e 6 do manual do paciente. Como o trabalho cognitivo é um elemento importante deste tratamento, talvez seja necessária uma terceira sessão de prática e repetição para pacientes que tenham dificuldade para entender alguns dos conceitos. Mesmo assim, a pequena minoria de pacientes que, depois de três sessões, ainda tenha uma compreensão pequena do material é levada à fase da terapia da exposição na sessão. Observamos que alguns pacientes nunca conseguem captar a parte cognitiva desta terapia, e há pouco a ganhar tentando forçar a questão. Heimberg e Becker (2002) fazem várias recomendações para lidar com esses clientes. Primeiro, pelo resto da terapia, pode-se tirar a ênfase da

parte cognitiva do tratamento, em favor da exposição repetida. Em segundo lugar, a complexidade das tarefas de reestruturação cognitiva pode ser reduzida para pacientes excessivamente concretos, de modo que o terapeuta possa lhes transmitir afirmações mais realistas sobre o *self* ou um conjunto específico de autoinstruções para aplicar em situações que provocam ansiedade.

Tabela 4.1 Sumário geral do tratamento individual em 16 sessões

Semana	Capítulo do manual do paciente coberto na sessão ¹	Atividade
Pré-tratamento		Entrevista e avaliação diagnóstica para determinar o tratamento apropriado
1	1	Material psicoeducacional, estabelecimento de <i>rapport</i> e fundamentação do tratamento
2	2	Material psicoeducacional, aprender sobre a própria ansiedade
3	3	Hierarquia de medo e evitação
4	4	Concluir hierarquia, se necessário. Psicoeducação sobre etiologia da ansiedade social
5 e 6	5 e 6	Aprender habilidades de reestruturação cognitiva
7	7	Primeira exposição na sessão
8	8	Segunda exposição na sessão
9 a 11 ²	9 a 11 (conforme apropriado para cada paciente)	Continuar exposições na sessão, com uma sessão dedicada à reestruturação cognitiva e planejamento mais elaborado de exposições <i>in vivo</i> como tarefa de casa, sem exposição na sessão
12	12	Reestruturação cognitiva avançada e crenças nucleares sem exposição na sessão. Pode ser ampliada para uma segunda sessão, se necessário
13 a 15 ²		Exposições adicionais na sessão, conforme necessário, com uma sessão dedicada ao trabalho cognitivo mais aprofundado e planejamento de exposições <i>in vivo</i> sem exposição na sessão
16	13	Avaliação do progresso, prevenção de recaídas e término sem exposição na sessão
Pós-tratamento		Avaliação de pós-tratamento e planejamento para tratamento de outros problemas que não tenham sido resolvidos, se necessário

¹ Leitura de capítulos do manual do paciente designada como tarefa de casa na semana anterior.
² Ampliar para sessões adicionais, conforme necessário, para pacientes com comprometimento mais grave.

As exposições devem começar até a sessão 8 e podem começar já na sessão 5, dependendo da velocidade em que o material dos Capítulos 1 a 6 for discutido com o paciente. A leitura do Capítulo 7 deve ser designada antes da primeira exposição na sessão, a única sessão de 90 minutos. Todavia, é desnecessário fazer uma discussão prolongada do conteúdo do capítulo, pois muitos desses conceitos foram discutidos em capítulos anteriores ao Capítulo 7. Os novos conceitos introduzidos no Capítulo 7 devem ser demonstrados e discutidos no contexto de uma exposição na sessão.

Os terapeutas podem usar seu arbítrio para decidir quando indicar a leitura dos

capítulos restantes, mas um por semana é comum. Quando os Capítulos 8 a 11 são designados, os terapeutas normalmente não dedicam uma sessão inteira para discutir o conteúdo do capítulo. Ao contrário, eles abordam o conteúdo brevemente durante a revisão da tarefa de casa e fazem uma exposição na sessão.

Para que se considere que estão seguindo o protocolo em nossas pesquisas, *deve ser concluído um mínimo de quatro exposições na sessão. De maneira mais comum, o terapeuta e o paciente devem fazer pelo menos seis exposições na sessão, e mais ainda, se possível.* Portanto, o protocolo permite ao terapeuta a liberdade para usar algumas sessões na fase intermediária do tratamento apenas para fazer reestruturação cognitiva. Geralmente, a primeira sessão sem uma exposição ocorre depois de duas ou três sessões em que se faz uma exposição. Essas sessões proporcionam uma oportunidade para sintetizar o trabalho realizado e dedicar tempo extra para a preparação cognitiva e planejamento para exposições *in vivo* cada vez mais desafiadoras. Depois de mais sessões com exposições, os pacientes geralmente estão prontos para o Capítulo 12 do manual do paciente, o qual aborda as crenças nucleares, seguido por uma ou duas sessões com exposição. Acreditamos que esse tempo deve ser dedicado a exposições repetidas na sessão, de maneira a integrar a reestruturação cognitiva. A Tabela 4.1 apresenta um sumário geral do tratamento, o qual condiz com a abordagem usada atualmente em nossa clínica.

Tarefas de leitura para o paciente

O paciente deve receber o manual ao final da avaliação ou durante a primeira sessão de intervenção. Solicita-se que o paciente leia o capítulo antes da sessão em que será trabalhado. O terapeuta então está livre para abordar os pontos mais importantes

do material psicoeducacional e trabalhar as tentativas iniciais dos pacientes nas fichas fornecidas no capítulo. Pacientes muito verbais talvez precisem de uma pequena revisão do material do capítulo, podendo-se dedicar tempo da sessão para trabalhar o material de maneira bastante interativa, enfatizando a aplicação à experiência do paciente. Os pacientes não devem fazer a última tarefa do capítulo, chamada de “Tarefa de Casa”, até que o material tenha sido abordado na sessão. Isso permite uma última revisão do material com o terapeuta antes que o paciente tente aplicá-lo. Quando o terapeuta revisa a tarefa de casa na semana subsequente, ele pode determinar se o paciente está pronto para ir adiante, com base no desempenho na tarefa. As tarefas de casa podem ser repetidas, se for necessário, para desenvolver domínio.

Questões para autoavaliação do paciente

Questões de autoavaliação podem ser encontradas ao final de cada capítulo no manual do paciente, com respostas no apêndice. Geralmente, incentivamos os pacientes a responderem essas questões depois de lerem o capítulo, mas não as discutimos na sessão, a menos que o paciente tenha dúvidas específicas.

Setting e equipamento

A maioria dos consultórios nos quais os terapeutas costumam atender pacientes é adequada para este programa de tratamento. É importante que a sala seja de tamanho suficiente para permitir a dramatização na sessão. É extremamente importante ter pelo menos uma cadeira adicional e alguns móveis que possam ser trocados de lugar.

Também é importante ter algo para escrever, que o terapeuta e o paciente possam olhar simultaneamente. Um quadro-

-negro, um cavalete com papel ou um quadro-branco são ideais para essa finalidade. De maneira alternativa, pode-se usar um bloco de papel com uma prancheta, desde que o terapeuta e o paciente possam mexer suas cadeiras para que possam olhar e escrever juntos no papel. Alguns pacientes costumam ficar muito ansiosos na sessão e podem ter dificuldade para lembrar de informações. Anotar os pontos fundamentais facilita o processamento correto do material psicoeducacional. A reestruturação cognitiva é bastante facilitada se o terapeuta puder registrar pensamentos automáticos, exercícios variados para desafiar pensamentos automáticos e respostas racionais, de maneira que fiquem visíveis para ambos.

Definição da agenda e avaliação contínua

Os terapeutas que estão acostumados a trabalhar com um tratamento menos estruturado provavelmente farão uma verificação no começo da sessão para ver se houve algum fato significativo desde a sessão anterior e para avaliar o *status* atual. Cumprimos esse objetivo de três maneiras. Primeiro, a começar no Capítulo 3 do manual do paciente, pedimos para os pacientes preencherem o Social Anxiety Session Change Index (SASCI) antes de cada sessão. Os terapeutas podem revisar o SASCI, marcar o resultado no gráfico fornecido no Capítulo 7 e discutir quaisquer mudanças notáveis, se necessário. Em segundo lugar, o tratamento cognitivo-comportamental geralmente começa com a definição de uma agenda formal ou informal (p. ex., Beck, 1995) para a sessão. Por exemplo, nossos terapeutas começam a sessão com “eu achava que nós poderíamos revisar sua tarefa e depois discutir alguma coisa do material do capítulo que você leu. Há alguma coisa que você gostaria que trabalhássemos hoje?”. Definindo a agenda de forma colaborativa, o pa-

ciente tem a oportunidade de verbalizar qualquer coisa que deseje compartilhar com o terapeuta, que possa não ocorrer de outra forma. Em terceiro lugar, a revisão da tarefa de casa proporciona outra oportunidade para os pacientes compartilharem fatos relevantes da semana.

A aliança terapêutica, o estilo do terapeuta e o tom das sessões de terapia cognitivo-comportamental

Uma das características marcantes da terapia cognitivo-comportamental (TCC) é o “empirismo colaborativo” (Beck, 1995). Nesse tratamento, o empirismo colaborativo é operacionalizado como um terapeuta ativo e um paciente ativo, trabalhando juntos para superar a ansiedade social. O terapeuta traz o conhecimento sobre a ansiedade social e a TCC. O paciente traz o conhecimento sobre si mesmo e a motivação para fazer mudanças em sua vida. Às vezes, o terapeuta assume o papel de educador, especialmente ao compartilhar as informações psicoeducacionais nos primeiros capítulos e ao ensinar habilidades de reestruturação cognitiva. Em outras ocasiões, o terapeuta atua mais como um treinador ou um facilitador, ajudando os pacientes a identificarem e entenderem melhor a natureza da sua ansiedade social, incluindo cognições e reações comportamentais ou afetivas a situações que provocam ansiedade. Em todas as situações, o terapeuta deve modelar o envolvimento ativo e incentivar uma troca interativa com o paciente, com base em habilidades terapêuticas solidárias. O terapeuta deve ouvir com atenção e sempre transmitir empatia para os medos e as preocupações do paciente. Todavia, essas habilidades costumam ser usadas para promover a experiência de emoção do paciente e concentram-se demais na experiência afetiva do paciente. Na ausência de um enfrenta-

mento ativo antes de uma exposição, isso pode aumentar a ansiedade e tornar a exposição mais difícil. De maneira ideal, o terapeuta deve transmitir que entende que os medos do paciente são reais e que a ansiedade pode ser intensa. Ao mesmo tempo, também deve transmitir estratégias de enfrentamento voltadas para soluções, que enfatizam o uso do material que o paciente traz para a sessão dentro do modelo da TCC para ajudá-lo a fazer progresso. Comunicando de maneiras diretas e indiretas que os pacientes são capazes de enfrentar seus medos e que a ansiedade será desconfortável, mas não perigosa, o terapeuta ajuda a construir a confiança do paciente em sua capacidade de parar de evitar. Mais adiante no tratamento, uma exploração maior do afeto pode ajudar a evocar pensamentos automáticos mais centrais e crenças nucleares, conforme descrito no Capítulo 12 do manual do paciente.

Os terapeutas inexperientes que usam este tratamento tendem a cometer dois tipos de erros em termos de estilo e controle do tempo na sessão: serem controladores demais e serem passivos demais. Um erro comum é fazer longos discursos sobre o material psicoeducacional. Como não seria de surpreender, muitos paciente socialmente ansiosos relutam para falar no começo do tratamento. Um terapeuta inexperiente pode simplesmente tomar conta da sessão e discursar, com pouca contribuição do paciente. Essa é uma experiência frustrante para o paciente e o terapeuta, pois não ajuda a construir sintonia e pouco contribui para facilitar a compreensão do material pelo paciente, pois ele não tem oportunidade de processá-lo em um nível profundo. A alternativa a discursar quando o paciente está em silêncio é desacelerar o ritmo e trazer o paciente para fora. Perguntas específicas que relacionem a experiência do paciente com o material no manual são um bom lugar para começar. À medida que o paciente começa a reagir, boas habilidades

de escuta ativa, como reflexões e resumos, podem incentivá-lo a falar mais. Pode demorar um pouco, mas, especialmente durante as primeiras sessões do tratamento, é muito melhor avançar lentamente e garantir que o paciente esteja aplicando a informação para si mesmo e o terapeuta esteja adquirindo uma compreensão correta da experiência do paciente.

O segundo erro comum que os terapeutas inexperientes cometem com esta intervenção é deixar que o paciente domine a sessão com longas narrativas sobre sua experiência com a ansiedade social. Os terapeutas com formação tradicional normalmente estão acostumados a deixar que o paciente assuma a frente e podem incentivar narrativas prolongadas, automaticamente utilizando habilidades de escuta ativa para continuar, como pistas não verbais (p. ex., movimentos com a cabeça) e esclarecendo dúvidas e reflexões. Quaisquer tentativas de trabalhar o material psicoeducacional podem ser recebidas com uma longa repetição de como o material está relacionado à sua experiência. Esse estilo de sessão, inicialmente, parece construir sintonia, pois o paciente sente que foi ouvido e pode compartilhar sua experiência individual com a ansiedade social. Todavia, ele logo se torna problemático, pois o paciente e o terapeuta entendem que não estão progredindo no tratamento da maneira pretendida. Conceitos importantes são omitidos, de modo que atividades posteriores, especialmente a reestruturação cognitiva e a exposição, não têm base suficiente. Além disso, o paciente se acostumou a dominar a sessão e pode tentar fazê-lo para evitar as atividades que provoquem ansiedade, como exposições na sessão. À medida que o terapeuta se torna mais diretivo para retomar o rumo, o paciente, que é sensível a avaliações negativas, provavelmente concluirá que fez algo errado. Isso atrapalhará a confiança entre o paciente e o terapeuta, podendo resultar em abandono do tratamento.

O papel do afeto na terapia cognitivo-comportamental para o transtorno de ansiedade social

As terapias cognitivas e comportamentais são criticadas às vezes por ignorarem a importância do afeto na sessão de terapia. Embora essa visão pudesse ser justificada no passado, ela certamente não representa a TCC contemporânea. De fato, as intervenções de TCC para transtornos de ansiedade, incluindo este programa de tratamento, dependem da evocação de ansiedade pela exposição a situações temidas. O terapeuta habilitado orienta o paciente a explorar os pensamentos e as imagens que acompanham a ansiedade, seguido por uma interpretação do significado das pistas que evocam a ansiedade e, muitas vezes, do significado do afeto sentido.

Para que este tratamento tenha êxito, o terapeuta deve se sentir confortável com pacientes que possam ter ansiedade extrema. Ela pode se manifestar como raiva se o paciente se sentir “acuada” e incapaz de evitar situações as quais teme muito (a parte da “fuga” da resposta de luta e fuga). Os pacientes muitas vezes choram ou sentem vergonha quando confrontam suas crenças e compartilham seus medos em relação a si mesmos. À medida que ocorrem ganhos e os pacientes começam a ver que suas vidas poderiam ser diferentes, eles podem ficar muito tristes por causa das experiências perdidas no passado devido à evitação. Terapeutas menos experientes ou menos confiantes podem se sentir desconfortáveis com afetos fortes do paciente e podem tentar ajudá-lo a evitar ou a suprimir a experiência emocional. Terapeutas mais experientes avaliam se a situação pede que ajudem o paciente a experimentar, processar e aceitar sentimentos desconfortáveis ou utilizar os sentimentos desconfortáveis como base para mais enfrentamento cognitivo.

Como os pacientes podem ter experiências afetivas intensas, é essencial que o

terapeuta estabeleça uma atmosfera de confiança e uma estrutura apropriada. O manejo inadequado do tempo pode resultar em processamento insuficiente após uma exposição na sessão ou a exploração de crenças nucleares. À medida que passa o tempo da sessão, o terapeuta deve garantir que o paciente tenha tempo suficiente para discutir suas reações e esteja psicologicamente pronto para deixar a sessão. Os pacientes socialmente ansiosos costumam não ser suficientemente assertivos para exigir tempo adicional para terminar o processamento emocional e redirecionar o foco da sua atenção para demandas da sua vida fora da sessão.

Adesão às tarefas de casa

Este programa de tratamento contém um componente de tarefas de casa para facilitar a transferência dos ganhos obtidos nas sessões de terapia para as vidas cotidianas dos pacientes. As tarefas de casa variam, de leituras de trechos do manual do paciente a exposição *in vivo*. Nem todos os pacientes fazem as tarefas, mas, geralmente, espera-se cerca de 90% de adesão. Embora a adesão às tarefas de casa esteja associada aos ganhos do tratamento (Edelman & Chambless, 1995; Leung & Heimberg, 1996), esses efeitos não são tão grandes como se poderia esperar. Isso pode ocorrer porque a adesão às tarefas de casa costuma ser bastante elevada em pesquisas em que se diversas medidas para aumentar a adesão. Nas seções a seguir, descrevemos estratégias para incentivar os pacientes a fazerem as tarefas de casa. Também discutimos o que fazer se a adesão for baixa. Os terapeutas que não costumam usar tarefas de casa em sua prática encontrarão muitas informações e materiais úteis no livro de Michael Tompkins, *Using Homework in Psychotherapy: Strategies, Guidelines and Forms*, publicado em 2004.

Estabelecendo a adesão

Grande parte da adesão às tarefas de casa baseia-se em estabelecer a sua importância no começo da terapia. O manual do paciente discute a fundamentação para a tarefa de casa, e o terapeuta deve discutir isso também. Todavia, também é importante que o terapeuta explique a importância da tarefa de casa com o seu comportamento, e isso inclui:

- Certificar-se de que o paciente entende o raciocínio por trás da tarefa e concorda em fazê-la;
- Explicar cuidadosamente a tarefa de casa e fazer alguns exercícios na sessão, se apropriado (p. ex., sintomas físicos);
- Redigir a tarefa, com uma cópia para o paciente e o terapeuta;
- Incentivar o paciente a contatar o terapeuta se houver dificuldade para entender ou concluir a tarefa;
- Antecipar-se aos obstáculos previstos (p. ex., como lidar com o preenchimento das fichas no trabalho e o que fazer se não conseguir um parceiro disponível para uma conversa planejada);
- Tornar a revisão da tarefa, com base na cópia escrita do terapeuta, um foco importante da sessão subsequente;
- Integrar as informações obtidas na tarefa à sessão sempre que possível;
- Transmitir satisfação pelos esforços do paciente quando este fizer as tarefas, sem dizer que isso é uma surpresa ou fora do comum.

Embora possa parecer óbvio que o paciente deve concordar com a tarefa antecipadamente, nem sempre isso ocorre. A natureza da ansiedade social é tal que pode ser difícil transmitir essas questões. O paciente pode ter medo de informar ao terapeuta que não entende ou não pretende fazer a tarefa. Os pacientes social-

mente ansiosos talvez não estejam dispostos a dizer que a tarefa de casa é difícil demais, ou podem não contar que não fizeram na semana anterior. O terapeuta deve escutar cuidadosamente o que o paciente está e não está dizendo sobre a tarefa de casa, com uma postura de apoio que enfatize a natureza colaborativa das decisões sobre as tarefas de casa. Ao mesmo tempo, os paciente logo pensarão a qual a tarefa é desimportante se o terapeuta não lembrar e/ou incorporá-la na próxima sessão.

Abordando a falta de adesão

Se o paciente deixar de fazer tarefas de casa depois que o terapeuta seguir as diretrizes que acabamos de descrever para facilitar a adesão, é hora de tentar a resolução de problemas. Como os indivíduos socialmente ansiosos temem receber uma avaliação negativa de figuras de autoridade, como terapeutas, reiterar a importância das tarefas de casa e lidar com possíveis obstáculos são atitudes os quais podem resolver o problema. No começo do tratamento, isso deve ser feito de forma suave, especialmente para indivíduos com comprometimento mais grave, que podem ficar muito ansiosos se acharem que cometeram um erro importante. Se lembretes suaves não funcionarem, o próximo passo é o terapeuta expressar preocupação de forma mais direta e solicitar a ajuda do paciente para resolver o problema. Mais uma vez, isso deve incluir uma exploração de possíveis obstáculos que estejam interferindo na realização das tarefas de casa, e também inclui explorar os pensamentos do paciente em relação à tarefa de casa e abordar possíveis pensamentos automáticos dentro do modelo de reestruturação cognitiva. A falta de adesão à exposição *in vivo* pode ser resultado do comportamento de evitação. A evitação pode ser abordada com reestruturação cognitiva e/ou o des-

membramento da tarefa em partes menores para torná-la mais gradual.

Ocasionalmente, pacientes que, de outra forma, se envolvem completamente no tratamento não fazem as tarefas de casa. Se essas tarefas não forem essenciais para o resultado, como preencher certos formulários, elas podem ser abandonadas. É melhor fazer tarefas de casa mais limitadas, mas que sejam feitas, do que o paciente não fazer a tarefa repetidamente. As tarefas mais essenciais são os exercícios de exposição *in vivo*. É raro o tratamento que vai bem se o paciente deixar repetidamente de fazer as exposições *in vivo*. Fazer registros cuidadosos e detalhados da reestruturação cognitiva em casa não substitui a realização de exposições na vida cotidiana do paciente. Se esse problema ocorrer repetidamente, deve-se interromper o progresso ao longo do manual do paciente, colocando toda a atenção em ajudar o paciente a enfrentar seus medos na vida cotidiana. Se isso não puder ser resolvido, é hora de considerar o diagnóstico e/ou outras estratégias de intervenção discutidas no Capítulo 17 deste guia do terapeuta.

Adesão excessiva

Os pacientes que estão progredindo bastante no tratamento devem começar a desenvolver suas próprias tarefas de casa e enfrentar outras situações temidas durante a semana, à medida que surgirem oportunidades. Todavia, ocasionalmente, um paciente socialmente ansioso com crenças nucleares sobre a necessidade de ser perfeito terá um desempenho excessivo nas tarefas de casa. O terapeuta deve estar alerta para esse padrão se houver pensamentos automáticos sobre perfeccionismo nas primeiras exposições na sessão. Reduzir a adesão às tarefas de casa a 90% pode trazer uma excelente oportunidade para exposição, após a discussão sobre crenças nucleares no Capítulo 12 do manual do paciente.

Evitação dentro da sessão

Indivíduos com ansiedade social podem se tornar extremamente hábeis em evitar situações temidas. Isso pode se manifestar na terapia pela criação de obstáculos que interfiram nas exposições na sessão. Alguns sinais de que isso pode estar ocorrendo são dificuldade com o manejo do tempo, crises pessoais repetidas que precisam ser discutidas no dia marcado para uma exposição, atrasos para sessões e perguntas gerais sobre a ansiedade ou o tratamento. Se o terapeuta observa que não há tempo suficiente para trabalhar o material pretendido, particularmente para fazer exposições na sessão, é hora de analisar como o tempo da sessão tem sido gasto. Inicialmente, é melhor que o terapeuta tente redirecionar a sessão, desviando da evitação do paciente. Se isso não funcionar, o terapeuta deve, de forma imediata mas suave, levantar a possibilidade de que o paciente esteja com comportamentos de evitação que estejam atrapalhando a sua oportunidade de progredir. Pode ser necessário explorar os pensamentos automáticos do paciente que estão por trás da evitação dentro do modelo de reestruturação cognitiva, antes que o paciente consiga identificar e mudar o comportamento de evitação.

Populações especiais

Uma discussão geral da competência multicultural está muito além do escopo desde volume. Hays e Iwamasa (2006) proporcionam um bom recurso para intervenções cognitivo-comportamentais em um contexto multicultural. Por causa das amplas variações culturais em comportamentos sociais, uma regra geral é que é importante que o terapeuta que utiliza este tratamento esteja familiarizado com as normas culturais esperadas para interações sociais, no caso de o terapeuta e o paciente terem origens diferentes. Temos regularmente encontrado duas situações especí-

ficas que podem ser menos familiares para os terapeutas, os quais discutiremos nas seções a seguir: diferenças na língua principal e pacientes gays, lésbicas e bissexuais.

O paciente e o terapeuta não compartilham a mesma língua pátria

Todos os autores deste guia têm o inglês como sua primeira língua. Todavia, trabalhamos com muitos pacientes cuja primeira língua não é o inglês. Obviamente, o paciente e o terapeuta devem compartilhar uma fluência suficiente em uma língua comum para que possam se comunicar sobre conceitos importantes no protocolo de tratamento. À medida que a reestruturação cognitiva avança, pode ser importante o paciente começar a fazer o trabalho cognitivo nas fichas de tarefas de casa em sua língua principal. Mesmo indivíduos com excelentes habilidades linguísticas para a vida cotidiana podem não ter tanta proficiência em significados sutis e na língua das emoções, que é fundamental para a maior parte do trabalho cognitivo avançado. Ao trabalhar os Capítulos 5 e 6 do manual do paciente, o terapeuta pode indicar se seria aceitável fazer as tarefas de casa na língua principal do paciente, se isso ajudar. O paciente pode então trazer as fichas preenchidas e traduzi-las para o terapeuta na sessão. Essa discussão pode ser um desafio, pois os indivíduos socialmente ansiosos que não falam a língua nativa do lugar podem ter medo de avaliações negativas, que é facilmente evocado por qualquer sugestão de que suas habilidades linguísticas são inadequadas. Independentemente da língua que o paciente decidir usar nas primeiras tarefas de casa, observamos que o trabalho posterior sobre as crenças nucleares deve ser feito na língua pátria, pois envolve esquemas arraigados sobre o *self*, que foram aprendidos e armazenados na língua pátria.

Pacientes gays, lésbicas e bissexuais

Várias pesquisas sugerem que os indivíduos que se identificam como gays ou lésbicas têm um risco maior para o transtorno de ansiedade social (p. ex., Pachankis & Goldfried, 2006). Como a comunidade lésbica, gay e bissexual (LGB) é mais provável de procurar psicoterapia do que a população em geral (Liddle, 1996; Morgan, 1992), é provável que os terapeutas que tratam o transtorno de ansiedade social atendam pacientes que se identifiquem como gays, lésbicas ou bissexuais. Embora seja possível encontrar recomendações para competências gerais na condução de intervenções cognitivo-comportamentais com pacientes LGB em outras publicações (ver Martell, Safren & Prince, 2004; Pachankis & Goldfried, 2004; Walsh & Hope, 2010), há questões específicas à ansiedade social que devem ser consideradas. Primeiro, é importante determinar o nível em que o medo é um medo irracional de avaliações negativas ou uma preocupação mais racional com avaliações negativas ou consequências negativas em decorrência do preconceito sexual. Por exemplo, um paciente que tenha medo de falar em uma reunião porque as pessoas podem detectar sua ansiedade e considerá-lo inadequado é muito diferente de um paciente que tenha medo de falar porque espera uma reação hostil por causa das ideias dos outros em relação ao seu *status* de minoria sexual. O segundo tipo de medo pode não ser irracional e pode ter consequências sérias para a segurança no trabalho e as oportunidades de promoção, pois, em muitos locais nos Estados Unidos, a falta de leis federais contra a discriminação no emprego baseada na orientação sexual significa que não há recurso legal (Human Rights Campaign, 2009). Isso sugere que uma reestruturação cognitiva que poderia se concentrar em identificar a probabilidade real ou percebida dessas consequências e em analisar as evidências

para contradizer pensamentos automáticos negativos (p. ex., será que absolutamente ninguém vai gostar de você se descobrirem que você é gay?) deve considerar o clima e as realidades locais para pacientes LGB. O terapeuta deve reconhecer que há possibilidade de que alguns medos, como de desavenças com a família, perda da moradia ou do emprego, ou vitimação em crimes de ódio podem ser totalmente justificados e até adaptativos em sua natureza.

Além das considerações sobre o preconceito sexual, conforme já descrito, grande parte do tratamento pode ocorrer normalmente para os pacientes LGB. Se os objetivos do paciente incluem abordar a ansiedade no namoro, deve-se usar o gênero adequado para o parceiro na exposição. Isso exige que o terapeuta e outras pessoas que representam papéis se sintam

confortáveis em dramatizar nessa situação. Devido à natureza específica do medo, talvez o terapeuta precise ter uma certa familiaridade com a comunidade LGB local para ajudar o paciente a expandir sua rede social, se a ansiedade social tiver resultado em um isolamento social profundo. Isso se assemelha a questões que surgem ao trabalhar com alguém de um grupo étnico, socioeconômico, religioso ou cultural que difira do grupo daquele do qual o terapeuta faz parte. Embora alguns pacientes LGB possam preferir trabalhar com um terapeuta que também seja da minoria sexual, não acreditamos que esse seja um requisito para o sucesso do tratamento. Independentemente da sua própria identidade, nossos terapeutas não costumam revelar a sua orientação sexual para pacientes de minorias sexuais ou heterossexuais.

PSICOEDUCAÇÃO: O CONHECIMENTO SOBRE A ANSIEDADE SOCIAL

5

(corresponde ao Capítulo 1
do manual do paciente)

Cronograma

Geralmente uma sessão

Materiais necessários

- Cópia do manual do paciente
- Quadro-branco
- Quadro 1.1 – Prós e contras de trabalhar a minha ansiedade social
- Quadro 2.1 – Sintomas físicos da ansiedade social que eu tenho
- Quadro 2.2 – Pensamentos relacionados a uma situação que provoca ansiedade

Sumário da sessão

- Explicar ansiedade social normal a excessiva
- Compartilhar o diagnóstico de transtorno de ansiedade social e a conceituação do problema
- Apresentar uma visão geral do tratamento, com evidências da efetividade do programa de tratamento
- Avaliar e promover a motivação para mudar
- Orientar o paciente a assumir um papel ativo na terapia
- Designar tarefas de casa

Tarefa de casa

- Instruir o paciente a ler os Capítulos 1 e 2 do manual do paciente
- Pedir para o paciente preencher o Quadro 1.1 (Prós e contras de trabalhar a minha ansiedade social), se não tiver feito na sessão
- Pedir para o paciente preencher o Quadro 2.1 (Sintomas físicos da ansiedade social que eu tenho) e o Quadro 2.2 (Pensamentos relacionados a uma situação que provoca ansiedade)

Nota do terapeuta

- Os pacientes não devem preencher o Quadro 2.3 (Monitorando os três componentes da ansiedade social) e o Quadro 2.4 (Reações ao iniciar este programa de tratamento), do Capítulo 2 do manual do paciente, até revisarem o material com o terapeuta na sessão seguinte.

Visão geral e estilo apropriado para o terapeuta

O objetivo do Capítulo 1 do manual do paciente é ajudá-lo a entender seu diagnóstico no contexto da ansiedade social normal e excessiva. O terapeuta também ajuda o paciente a entender que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é efetiva, com uma compreensão básica da natureza da TCC, incluindo o investimento necessário de esforço e energia. Além disso, o terapeuta trabalha para promover a motivação para mudar e construir a aliança terapêutica. É essencial que o terapeuta trabalhe para construir um estilo interativo na primeira sessão, de maneira a estabelecer o tom para o resto do tratamento.

Ansiedade social normal a excessiva

Os indivíduos socialmente ansiosos geralmente consideram a ansiedade como uma experiência do tipo tudo-ou-nada. Algumas pessoas têm ansiedade social excessiva, e outras – pessoas saudáveis – não sentem ansiedade social. É importante que os pacientes comecem a pensar na ansiedade social como um *continuum*. Começamos essa discussão perguntando aos pacientes sobre os seus pensamentos a respeito dos diversos exemplos de casos apresentados no começo do primeiro capítulo. Em algum momento da conversa, o terapeuta deve garantir que a ideia de que a ansiedade social existe ao longo de um *continuum* seja apresentada explicitamente.

A ansiedade social normal inclui certo grau de ansiedade antecipatória antes de acontecimentos importantes. O primeiro

exemplo do manual do paciente descreve Nicole, que está nervosa por ter que fazer uma apresentação em uma reunião de colegas em seu novo emprego. A maioria das pessoas se preocuparia em causar uma boa impressão e, como é uma situação nova, teria dúvidas quanto ao que poderia acontecer e se iria bem. Ajudamos a paciente a gerar outros exemplos de situações sociais nas quais a maioria das pessoas provavelmente sinta ansiedade social (p. ex., primeiro encontro, entrevista de emprego). Pode ser divertido sugerir notícias recentes da mídia, como uma estrela de cinema que falou sobre sua ansiedade ao receber o Oscar. Nas circunstâncias certas, mesmo alguém que tenha seu “ganha-pão” em se apresentar para outras pessoas pode ser socialmente ansioso.

Por razões óbvias, os pacientes costumam estar mais familiarizados com a experiência da ansiedade social excessiva. Entretanto, repassar um exemplo de caso pode ajudar, para enfatizar os aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos da ansiedade. No exemplo do manual do paciente, Cory vai conhecer seus futuros sogros, uma situação que evoca ansiedade social na maioria das pessoas. No entanto, sua reação é claramente excessiva. O exemplo também serve para enfatizar como outras pessoas podem reagir à ansiedade social de alguém, descrevendo as reações da namorada de Cory e seus pais.

O manual do paciente também aborda um exemplo de ansiedade social extremamente grave. Se o paciente em questão está na extremidade grave do espectro, revisar esse caso também ajudaria, para que o paciente não tenha a percepção distorcida de que o seu é o “pior caso” já visto. Devemos observar que, em nosso tratamento em grupo para ansiedade social, vários

membros dos grupos confessam que temiam que seu caso seria muito mais grave do que o dos outros. É tranquilizador quando descobrem que isso não é verdade.

Comparando diversos quadros dos sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos da ansiedade social, o paciente começa a entender que a ansiedade tem múltiplas facetas e faixas de gravidade, e é uma parte fundamental da experiência humana, a qual será modificada, mas não eliminada, com a participação no tratamento. Embora não seja discutido explicitamente dessa forma, esse é o primeiro passo para decompor o pensamento tudo-ou-nada sobre a ansiedade social. O material psicoeducacional tem um papel subjacente na reestruturação cognitiva, incentivando o paciente a considerar informações que não sejam condizentes com seus esquemas para a ansiedade social.

Compartilhando o diagnóstico e a conceituação do problema

Dependendo do estilo do terapeuta, pode-se gastar mais ou menos tempo discutindo o que significa o diagnóstico de transtorno de ansiedade social (fobia social). Alguns cliente que se beneficiam com essa intervenção podem não satisfazer os critérios diagnósticos do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quarta edição, texto revisado* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000), mas sentirão ansiedade social significativa. O modelo médico é ubíquo na cultura ocidental, de modo que muitos pacientes esperam receber um diagnóstico ou um rótulo para suas dificuldades. Muitos pacientes se sentem seguros por terem um nome para o que está acontecendo com eles, que sugere que eles não estão sozinhos e que pode haver uma intervenção efetiva para seus problemas. Se o diagnóstico será compartilhado com um plano de saúde ou outras pessoas, é totalmente

apropriado que o paciente entenda o que o rótulo diagnóstico significa e não significa. Diagnósticos adicionais também são discutidos brevemente.

A discussão dos diagnósticos do DSM ajuda a garantir que o paciente concorde que o seu problema primário deve ser conceituado como ansiedade social. Se o paciente discorda fundamentalmente dessa noção, há pouca razão para prosseguir. A prioridade se torna chegar a uma conceituação compartilhada.

Muitas vezes, indivíduos socialmente ansiosos têm uma crença causal arraigada sobre as suas dificuldades. Exemplos dessas crenças são: “baixa autoestima”, “falta de autoconfiança” ou “falta de habilidades sociais”. Se isso ocorrer, o terapeuta deve reconhecer a disparidade, afirmando que é assim que as pessoas costumam entender a sua ansiedade social. O terapeuta pode expressar que esse é o tratamento correto para “baixa autoestima”, concentrando-se em como ela resulta em excitação fisiológica e evitação comportamental de atividades sociais. No espírito do empirismo colaborativo, o terapeuta também poderá prometer explicitamente que continuará a considerar a possibilidade de que o problema do paciente não seja ansiedade social, analisando o quanto a experiência do paciente corresponde ao material do manual. Se o paciente concordar em continuar com essa “coleta de dados”, o tratamento poderá avançar.

Ocasionalmente, alguém sofre uma experiência humilhante, da qual sente que jamais se recuperará. Os pacientes podem ter uma deficiência física real a qual não possa ser superada. Nesse caso, o terapeuta deve reconhecer, com muita sensibilidade, que certas coisas não podem ser mudadas, e o objetivo será aprender a agir de forma mais efetiva em situações sociais, apesar da experiência passada ou deficiência. Se o paciente conseguir concordar com esse objetivo, o tratamento poderá avançar.

Compartilhando a visão geral do tratamento e sua base empírica

Depois que o paciente concorda que seu problema é ansiedade social, o próximo passo é esboçar um plano para superação da ansiedade social. O terapeuta deve estar totalmente familiarizado com o tratamento, conforme apresentado no manual do paciente e neste guia do terapeuta para responder perguntas com confiança. Os procedimentos específicos de tratamento serão discutidos mais detalhadamente depois que o paciente tiver uma compreensão maior da natureza da ansiedade social. Nesse ponto, é melhor apenas conduzir o paciente pelo sumário do manual. O terapeuta pode mostrar que (a) os primeiros capítulos (Capítulos 1 a 4) visam a educar o paciente sobre a ansiedade social e analisar a sua experiência, (b) o paciente aprenderá habilidades para enfrentar a ansiedade (Capítulos 5 e 6), (c) haverá oportunidade para praticar as habilidades de enfrentamento em situações que sejam importantes para o paciente (Capítulos 7 a 11) e (d) finalmente, o paciente explorará cuidadosamente as crenças arraigadas sobre si mesmo, os outros e o mundo social, preparando-se para levar o tratamento a um fechamento (Capítulos 12 e 13).

Acreditamos que a melhor prática clínica baseia-se em intervenções de base empírica, as quais sejam conduzidas de modo plenamente sensível às necessidades do paciente individual. Como parte dessa filosofia, acreditamos que é importante informar aos pacientes sobre as evidências científicas relacionadas à efetividade da intervenção que estão para receber. Para a maioria dos pacientes, essa discussão geralmente não leva mais de alguns minutos, mas é uma oportunidade importante para educar o paciente e promover as expectativas para o tratamento, as quais são associadas a resultados positivos (Safren, Heimberg & Juster, 1997). Geralmente, discutimos com

os pacientes que a abordagem usada neste guia reduziu significativamente os sintomas de ansiedade social em diversos estudos. Especificamente, conforme avaliação de entrevistadores clínicos independentes, 75 a 80% dos indivíduos que concluem o tratamento têm reduções significativas em sua ansiedade social. Comentamos que não acreditamos que seja devido ao acaso que 75 a 80% das pessoas respondam e 20 a 25% não respondam. Enfatizamos que participar das sessões regularmente, fazer tarefas de casa, estar disposto a confrontar situações difíceis gradualmente e estar aberto a novas maneiras de olhar o mundo, outras pessoas e a si mesmo são fatores que influenciam substancialmente se uma pessoa é “sensível ao tratamento” ou não, e que esses fatores estão basicamente sob controle do paciente.

Nas seções a seguir, revisamos alguns estudos que servem como base para a discussão da pesquisa sobre o resultado do tratamento no manual do paciente. Essa revisão visa fazer uma introdução para a literatura que fundamenta este tratamento para terapeutas que não estejam familiarizados com ele. Em alguns casos, o terapeuta também pode compartilhar as informações com o paciente, como parte de uma discussão mais detalhada sobre a eficácia do tratamento.

O primeiro estudo controlado da versão em grupo deste tratamento (terapia cognitivo-comportamental em grupo [TCCG]) foi realizado no final da década de 1980. Heimberg e colaboradores (1990) compararam a TCCG com uma intervenção de controle da atenção, que consistia em educação sobre a ansiedade social e terapia de apoio em grupo (terapia educacional de apoio em grupo [EA]). Quarenta e nove pacientes com fobia social (diagnosticados segundo os critérios do DSM-III; American Psychiatric Association, 1980) foram designados aleatoriamente a 12 semanas de terapia em grupos de seis pacientes. Os

pacientes que fizeram TCCG ou EA melhoraram em medidas de autoavaliação e avaliações do clínico e na maioria das medidas derivadas de um teste comportamental individualizado, no qual os pacientes dramatizaram uma situação que lhes provocava ansiedade. Todavia, os indivíduos que fizeram TCCG melhoraram mais no pós-tratamento,

e a melhora permanecia no seguimento de seis meses. Um gráfico do artigo apresentando uma medida primária do resultado, a avaliação de 0 a 8 da gravidade clínica derivada do Anxiety Disorders Interview Schedule (DiNardo, O'Brien, Barlow, Waddell & Blanchard, 1983), é reproduzido aqui como Figura 5.1.

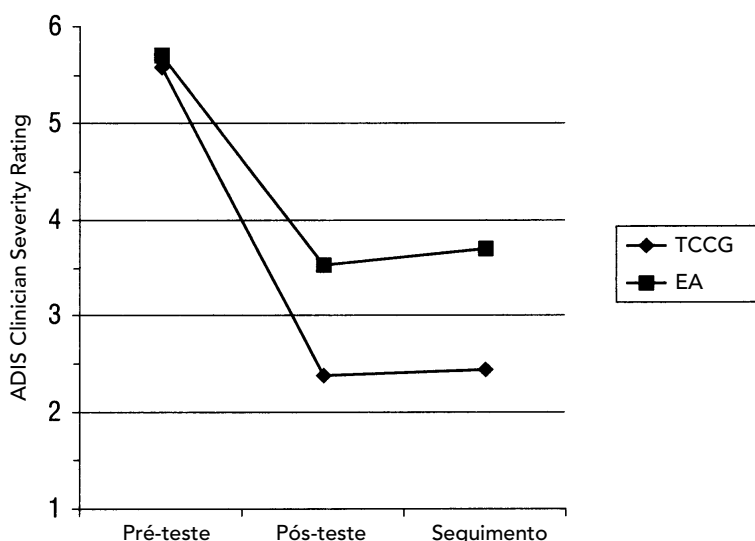


Figura 5.1 Escores na *Clinician Severity Rating Scale* para pacientes que fizeram terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) ou terapia educacional de apoio em grupo (EA).

De Heimberg, R.G., Dodge, C.S., Hope, D.A., Kennedy, C.R. Zollo, L., Becker, R.E. (1990). Cognitive behavioral group treatment of social phobia: Comparison to a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 11. Copyright © 1990 Kluwer Academic Publishers. Reimpresso sob a generosa permissão de Springer Science+Business Media. Todos os direitos reservados.

Aproximadamente cinco anos após o final do tratamento, fizemos um estudo de seguimento com o maior número de pacientes que conseguimos encontrar (Heimberg, Salzman, Holt & Blendell, 1993). Dez indivíduos que haviam feito TCCG e nove indivíduos que originalmente haviam feito EA responderam a avaliação de seguimento. Em várias medidas, incluindo as avaliações do clínico, autoavaliações e avaliações objetivas de um teste comportamental, o grupo da TCCG continuava a manter os ganhos e estava melhor do que o grupo de EA.

O próximo estudo comparou a TCCG com fenelzine, um inibidor da monoamina oxidase (IMAO), em dois centros, em um estudo controlado randomizado (Heimberg et al., 1998). O desenho também incluiu condições de EA e placebo. Cento e trinta e três pessoas que satisfaziam os critérios do DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) para fobia social participaram do estudo. Tanto a TCCG quanto a fenelzine resultaram em melhora positiva entre uma variedade de medidas, a qual foi maior, em geral, do que a melhora observada por indivíduos que

havia feito EA ou tomado o placebo. Uma medida importante do resultado foi a porcentagem de participantes classificados como “sensíveis”, indicando uma melhora substancial ou recuperação completa. Embora

houvesse evidências de que a fenelzine atuou de forma mais rápida, as taxas de resposta foram semelhantes para a TCCG e para a fenelzine em 12 semanas de tratamento, conforme mostra a Figura 5.2.

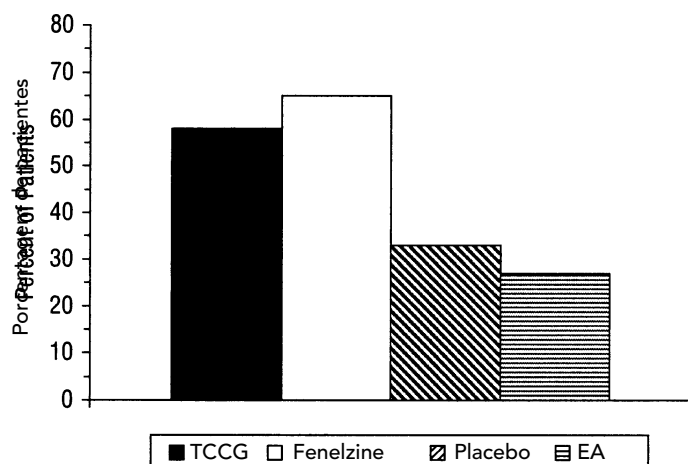


Figura 5.2 Porcentagem de sujeitos sensíveis em 12 semanas para clientes que fizeram terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG), terapia com fenelzine ou terapia educacional de apoio em grupo (EA) ou tomaram um placebo.

De Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A., Schneier, F.R., Holt, C.S., Wellkowitz, L.A., et al. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs. phenelzine therapy for social phobia: 12 weeks outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1137. Copyright © 1998 American Medical Association. Reimpresso sob permissão. Todos os direitos reservados.

O desenho desse estudo compreendia seis meses adicionais nos quais aqueles que responderam à fenelzine ou TCCG continuaram a se encontrar com seus clínicos uma vez por mês (fase de manutenção; Liebowitz et al., 1999). A fase de manutenção foi seguida por seis meses em que a TCCG e a fenelzine foram retiradas. Conforme mostra a Figura 5.3, os sujeitos do grupo da fenelzine apresentaram uma tendência maior de recaída após a remoção do tratamento, sugerindo que os efeitos da TCCG são mais duradouros. Outros estudos recentes continuam a corroborar a eficácia da TCCG. Em um estudo de Koszycki, Benger, Shlik e Bradwejn (2007), pacientes que fizeram TCCG foram mais prováveis de ser

classificados como respondentes ao tratamento do que pacientes que fizeram treinamento em redução do estresse baseado em meditação. Em um estudo realizado pelo nosso grupo (Blanco et al., 2010), a combinação de TCCG com medicação foi superior às duas terapias isoladas, embora esse não tenha sido o caso em todos os estudos (Davidson et al., 2004).

Todos esses estudos investigaram a versão de grupo desse tratamento ou uma versão muito semelhante. Depois da publicação da primeira edição do manual do paciente, fizemos um estudo que corrobora ainda mais a eficácia do tratamento individual (Ledley et al., 2009). Comparamos 16 sessões de tratamento individual

com base no manual sob uma condição de controle com tratamento postergado de contato mínimo. Indivíduos no tratamento imediato tiveram uma melhora substancial em uma variedade de medidas de autoavaliação e administradas pelo clínico. Conforme o esperado, os indivíduos na condição postergada não melhoraram ou deteriora-

ram no decorrer da espera de 16 semanas. O tratamento também pareceu ser bem tolerado, pois menos sujeitos abandonaram o tratamento (menos de 10%) do que na maioria dos estudos que utilizam o formato de grupo (cerca de 25%). Em uma avaliação de seguimento em três meses, os ganhos feitos durante o tratamento se mantiveram.

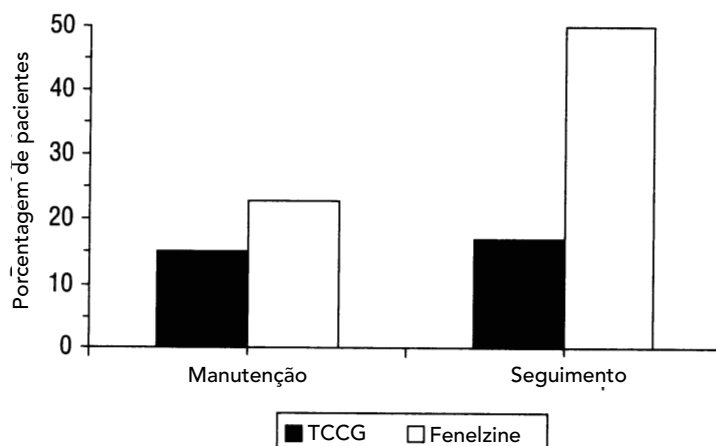


Figura 5.3 Porcentagem cumulativa de pacientes em recaída durante fases de manutenção e seguimento. TCCG, terapia cognitivo-comportamental em grupo.

De Liebowitz, M.R., Heimberg, R.G., Schneier, F.R., Hope, D.A., Davies, S., Holt, C.S., et al. (1999). Cognitive behavioral group therapy vs. phenelzine in social phobia: Long-term outcome. *Depression and Anxiety*, 10, 92. Copyright © 1999 Wiley-Liss, Inc. Reimpresso sob permissão. Todos os direitos reservados.

Avaliar e promover a motivação para a mudança

A ficha “Prós e contras de trabalhar a minha ansiedade social”, do Capítulo 1 do manual do paciente (Quadro 1.1), visa a ajudar o terapeuta a avaliar e promover a motivação do paciente para a mudança. Westra e Dozois (2006) recentemente demonstraram os benefícios de abordar a motivação de indivíduos com transtornos da ansiedade antes do tratamento. Um grupo misto de pacientes com transtorno de ansiedade social, transtorno do pânico e transtorno de ansiedade generalizada foi randomizado para fazer três sessões de en-

trevista motivacional ou nenhuma intervenção antes do tratamento cognitivo-comportamental. Indivíduos que fizeram as entrevistas motivacionais apresentaram expectativas positivas significativamente maiores para a mudança, maior adesão às tarefas de casa, e uma probabilidade maior de serem sensíveis ao tratamento. Também foi observada uma tendência de maior retenção no grupo que fez entrevista motivacional.

Além disso, os indivíduos que começam este programa de tratamento variam em termos de sua prontidão para mudar (Arkowitz & Westra, 2004), e é importante abordar essa questão diretamente. Alguns pacientes começam o tratamento no está-

gio da ação, prontos e dispostos a fazer o que for necessário para mudar as suas vidas. Esses pacientes devem listar possíveis obstáculos à mudança que possam identificar na ficha, mas não há problema se a maioria dos exercícios envolver as razões do paciente para mudar, enquanto o terapeuta faz afirmações para apoiar a autoeficácia do paciente para a mudança e amplificar essas razões usando habilidades de escuta reflexiva.

Todavia, não é incomum que os pacientes comecem o tratamento em um estágio de mudança caracterizado por um certo grau de ambivalência. Muitas vezes, os pacientes desejam uma vida diferente, mas, simultaneamente, têm uma variedade de razões que os fazem hesitar para agir e mudar. Usando o Quadro 1.1, o terapeuta ajuda o paciente a articular as razões para mudar e para permanecer igual. Tratar exclusivamente das razões para mudar apresenta um risco de evocar resistência, pois o paciente pode usar suas energias para fazer o terapeuta entender os argumentos contra mudar. Para diluir esse problema potencial, o terapeuta reconhece, de forma empática, a dificuldade de mudar e as percepções do paciente sobre obstáculos à mudança. Além disso, é importante que o terapeuta deixe o paciente desenvolver os argumentos em favor da mudança. A razão mais motivadora e convincente para mudar para um determinado paciente talvez não seja aquela que o terapeuta imaginava. Além disso, o terapeuta tenta inclinar sutilmente a “balança decisional” na direção da mudança, ajudando o paciente, por meio de questões e de escuta reflexiva, a articular melhor a dor que sente por causa do problema e os benefícios de mudar, comparados à quantidade de tempo gasta em argumentos para não mudar. Dito de outra forma, o terapeuta ajuda os pacientes a se tornarem defensores da mudança (Westra & Dozois, 2006). Com pacientes que tenham problemas significativos com

a motivação, deve-se usar uma intervenção motivacional mais intensiva, semelhante à proposta por Westra e Dozois (2006). Para uma discussão mais detalhada dos princípios e das estratégias da entrevista motivacional, ver Miller e Rollnick (2002).

Outro objetivo desse trecho do capítulo é proporcionar uma oportunidade para o paciente e o terapeuta trabalharem juntos em uma atividade estruturada, na tentativa de promover a natureza colaborativa e interativa desta sessão inicial do tratamento. Ao conduzir supervisão para terapeutas iniciantes, observamos que é fácil caírem na armadilha de discursar demais durante essa sessão inicial, enquanto revisam questões como o diagnóstico, o formato do tratamento, a base empírica para o tratamento e coisas do gênero. Conforme dito anteriormente, enfatizamos o uso de boas habilidades terapêuticas básicas (p. ex., refletir sentimentos, sintetizar, fazer perguntas abertas) em todas as partes da primeira sessão e incentivamos os terapeutas a torná-la o mais interativa possível. De qualquer forma, também observamos que um grau de estrutura, como o proporcionado por esta atividade, pode ajudar a promover a natureza interativa da sessão.

Orientando o paciente a assumir um papel ativo na terapia

Outro objetivo do Capítulo 1 do manual do paciente é familiarizar o paciente ao modelo da TCC. Um aspecto importante dessa familiarização é ajudar o cliente a entender a necessidade da sua participação ativa, inclusive de fazer um investimento emocional na mudança e de participar das muitas atividades da terapia. O objetivo é ajudar os pacientes a entenderem o que vem pela frente sem desestimulá-los. Enfatizar que a terapia é um esforço coletivo que ajuda a prevenir que os pacientes mais depressivos se sintam saturados e desencorajados por essas de-

mandas. A mensagem principal é o empoderamento. O paciente aprende que há coisas que pode fazer para ajudar a superar a ansiedade social. O empoderamento ajuda a superar a desmoralização, a principal razão por que as pessoas procuram a psicoterapia (Frank & Frank, 1991), nas primeiras sessões, até que o tratamento tenha avançado suficientemente para que o paciente enxergue mudanças em seus sintomas.

A ênfase nos aspectos coletivos do empirismo colaborativo oferece outra boa oportunidade para o terapeuta desenvolver sintonia com o paciente. O terapeuta se envolverá ativamente em todo o tratamento, assim como fez na primeira sessão. Oferecendo um papel ativo ao paciente no tratamento, o terapeuta também transmite confiança na capacidade do paciente de participar e efetuar mudanças.

6

PSICOEDUCAÇÃO: ENTENDENDO A NATUREZA DA ANSIEDADE SOCIAL E COMO CONTROLÁ-LA

(corresponde ao Capítulo 2
do manual do paciente)

Cronograma

Geralmente uma sessão

Materiais necessários

- Cópia do manual do paciente
- Quadro-branco
- Quadro 2.3 – Monitorando os três componentes da ansiedade social
- Quadro 2.4 – Reações ao iniciar este programa de tratamento
- Quadro 3.1 – *Brainstorming* para a sua Hierarquia de medo e evitação

Sumário da sessão

- Revisar tarefa de casa
- Explicar o modelo tripartite da ansiedade
- Explicar a espiral descendente da ansiedade
- Apresentar fundamentação do tratamento
- Designar tarefa de casa

Tarefa de casa

- Paciente preenche o Quadro 2.3 (Monitorando os três componentes da ansiedade social)
 - Paciente preenche o Quadro 2.4 (Reações ao iniciar este programa de tratamento)
 - Instruir o paciente a ler o Capítulo 3 do manual
 - Paciente preenche o Quadro 3.1 (*Brainstorming* para a sua Hierarquia de medo e evitação)
-

Visão geral e estilo apropriado para o terapeuta

O Capítulo 2 do manual do paciente ajuda os pacientes a entenderem mais sobre a sua própria ansiedade no contexto do modelo cognitivo-comportamental. O capítulo é concluído com uma discussão detalhada sobre os três componentes do tratamento que trabalharão diretamente com a ansiedade social. As tarefas de casa envolvem monitorar os três componentes da ansiedade e fazer uma avaliação das reações do paciente à fundamentação e aos componentes do tratamento. Como com todo o material psicoeducacional, a sessão deve ser bastante interativa, com o paciente e o terapeuta desempenhando papéis ativos. Quando o terapeuta facilita que o paciente descreva sua própria experiência no contexto da estrutura da sessão, esse processo auxilia na construção da aliança terapêutica.

Fundamentação

Grande parte da sessão dedica-se a explicar o modelo tripartite da ansiedade – excitação fisiológica, perturbação e evitação comportamentais e cognição distorcida. A interação entre esses três componentes forma a base do modelo da terapia cognitivo-comportamental (TCC) para este tratamento. Portanto, é essencial passar algum tempo desenvolvendo as ideias com os pacientes e aplicando-as à sua própria experiência. À medida que os pacientes ficam mais sofisticados com relação aos diferentes aspectos da sua ansiedade, a experiência de ansiedade se torna menos misteriosa e passa a ser percebida como potencialmente mais controlável. O material deste capítulo começa estabelecendo a base para a cognição como o elemento precipitante de um espiral descendente, e para a evitação como a chave para manter o problema. Esses conceitos são importantes

para ajudar o paciente a entender a fundamentação para os componentes primários do tratamento (i.e., reestruturação cognitiva e exposição dentro e fora da sessão), apresentados mais adiante no capítulo.

O modelo tripartite da ansiedade

Um objetivo deste capítulo é desenvolver uma linguagem comum para entender a ansiedade. Observamos que é importante dedicar algum tempo a cada um dos três componentes da ansiedade, para garantir que o paciente entenda cada componente antes de avançar para a sua interação. O Capítulo 2 do manual apresenta vários *checklists* e fichas para ajudar os pacientes a identificar experiências que costumam ser relatadas por pacientes com transtorno de ansiedade social. Uma situação recente que tenha provocado ansiedade pode ser evocada para ajudar os pacientes a identificar suas respostas fisiológicas, cognições e comportamentos explícitos e sutis de evitação. É importante escrever os exemplos criados para cada um dos componentes da ansiedade social em um cavalete ou quadro-branco, para que o terapeuta e o paciente possam olhar juntos durante a sessão.

O modelo cognitivo-comportamental – a espiral descendente

O Capítulo 2 do manual apresenta o modelo básico da TCC na discussão do espiral descendente da ansiedade. O capítulo apresenta uma vinheta sobre Cathy, que tem medo de perguntar sobre um aumento prometido. Usando essa vinheta ou alguma outra, é muito importante conduzir o paciente pela interação entre os três componentes, a começar com um pensamento automático inicial que estabeleça o tom. Por exemplo, Cathy começa com o seguinte: “Deve haver algo errado com o meu tra-

balho, ou eles teriam me dado aumento”. O modelo de trabalho pressupõe a primazia da cognição. Embora existam evidências de que o afeto pode ocorrer antes ou sem a cognição visível em certas condições (p. ex., Izard, 1992), para os propósitos deste tratamento, considera-se que toda ansiedade começa com um pensamento automático.

Além da primazia da cognição, o segundo conceito fundamental a transmitir é que a evitação tem várias consequências negativas. No decorrer da discussão, é importante enfatizar as consequências de curto e longo prazo da evitação comportamental. Os pacientes geralmente reconhecem que a evitação conduz a um decréscimo imediato na ansiedade, mas o alívio inicial é seguido por afeto negativo, incluindo sentimento como vergonha, frustração e decepção. Para que indivíduos socialmente ansiosos parem de evitar as situações que temem, eles devem entender que a ansiedade se tornará um hábito e que podem aprender que alguns dos seus piores medos não se tornam realidade. O gráfico na Figura 6.1 auxilia na discussão sobre a natureza reforçadora da evitação. Desenhamos o gráfico em nosso quadro-branco, conduzindo o cliente passo a passo, geralmente utilizando uma experiência recente a qual ele tenha compartilhado. Co-

meçamos explicando como o gráfico funciona, desenhando os eixos X e Y e rotulando-os. Depois, desenhamos a linha indicando o que os indivíduos com ansiedade social acreditam que sua ansiedade fará se não evitarem a situação – aumentará continuamente, conforme indicado pela linha ascendente que termina na seta. Depois, desenhamos o segundo exemplo que representa evitação, com a linha vertical para indicar quando ocorre evitação. Os pacientes se identificam facilmente com a ideia de que sua ansiedade diminuiria rapidamente nesse ponto. Finalmente, desenhamos a terceira linha do gráfico, indicando que a ansiedade aumenta e depois diminui em uma curva de habituação, e apresentamos o gráfico como o curso normal da ansiedade, à medida que o corpo se regula para não sentir medo excessivo na ausência de uma ameaça física real. Um dos maiores problemas com a evitação é que os pacientes nunca descobrem que a sua ansiedade acabaria diminuindo. Muitos pacientes consideram essa representação visual convincente e ela pode servir como uma ótima indicação para evitar a evitação mais adiante no tratamento. Para muitos pacientes, é um ponto de inflexão no tratamento, quando têm a experiência pessoal de que sua ansiedade aumenta e depois diminui de maneira previsível.

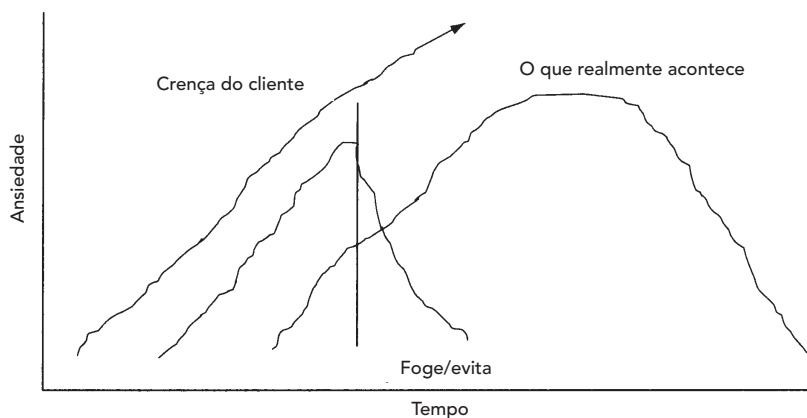


Figura 6.1 Fundamentação para a exposição: padrões de resposta de ansiedade.

Apresentando os componentes do tratamento

Depois que o paciente compreende como os três componentes da ansiedade interagem para criar uma espiral descendente de ansiedade, é importante descrever cuidadosamente como os componentes do tratamento (exposição sistemática gradual, reestruturação cognitiva e tarefa de casa) interrompem esse ciclo. Essa discussão exige um equilíbrio cuidadoso entre informar o paciente sobre a natureza das exposições e não deixá-lo tão ansioso ao ponto de a evitação do próprio tratamento se tornar um problema. Geralmente, usamos nosso *slogan* “invista ansiedade em um futuro mais calmo” para enfatizar o fato de que enfrentar os próprios medos pode criar ansiedade, mas há um dividendo positivo a longo prazo. A noção de que devemos enfrentar os próprios medos para superá-los é conhecida pela maioria das pessoas e faz parte do nosso saber popular. O terapeuta pode contar com a provável concordância do paciente com esse princípio, enfatizando que as exposições são feitas de forma bastante sistemática. É essencial transmitir os três pontos seguintes:

1. As exposições não começam em seguida. Há pelo menos três outras sessões (e geralmente mais) que devem acontecer antes.
2. As exposições são graduais, começando com exposições mais fáceis e trabalhando até situações mais difíceis, à medida que o paciente desenvolve sua confiança.
3. As exposições somente ocorrem depois que o paciente desenvolve certas habilidades para lidar com a ansiedade (p. ex., reestruturação cognitiva).

O manual do paciente faz uma analogia com aprender a nadar, a qual costumamos usar para apresentar a fundamentação para a exposição gradual. Uma pessoa

pode aprender a nadar, saltando repetidamente na parte funda da piscina e debatendo-se até a borda. Depois de beber bastante água e se apavorar muitas vezes, é provável que a pessoa aprenda a nadar. Por outro lado, pode-se aprender a nadar começando gradualmente na parte rasa da piscina. Primeiro, a pessoa se acostuma a estar na água e, depois, pode praticar como colocar o rosto na água. À medida que se torna mais confortável, a pessoa pode começar a flutuar e, finalmente, a bater os braços. Embora seja provável que a pessoa fique um pouco ansiosa ao pular na parte funda da piscina pela primeira vez, ela conseguirá, dependendo das habilidades já aprendidas, e saltará com maior confiança. Os dois métodos resultam em aprender a nadar. O método gradual pode ser um pouco mais lento, mas é definitivamente menos doloroso.

A descrição da reestruturação cognitiva não precisa ser muito elaborada ou abordar toda a teoria de Beck. Se o terapeuta indicou os pensamentos que o paciente tem em situações que provocam ansiedade e desenvolveu o modelo completamente, o paciente deve aceitar que os pensamentos são uma parte importante da sua ansiedade. A reestruturação cognitiva pode, então, ser descrita como aprender uma série de passos para observar esses pensamentos e analisar se realmente são produtivos ou realistas.

Com a reestruturação cognitiva, a descrição da tarefa de casa pode ser bastante sucinta. Os pacientes compreendem que devem aprender a superar seus medos em suas vidas cotidianas, e não apenas na sessão de terapia. De fato, alguns se sentem aliviados por haver atenção específica para transferir os ganhos terapêuticos para suas vidas fora da terapia. Assim como a discussão sobre a exposição, é importante enfatizar que eles não precisarão enfrentar situações que temam muito imediatamente.

Conectar os três componentes – exposição gradual, reestruturação cognitiva e tarefa de casa – aos sintomas do paciente por meio do modelo da TCC é o ponto final

na construção da fundamentação da terapia. Por exemplo, o terapeuta se certifica de que o paciente compreende que a reestruturação cognitiva aborda diretamente os pensamentos que provocam ansiedade, aborda a excitação psicológica reduzindo as percepções de perigo e aborda o componente comportamental liberando maior atenção para a tarefa social em questão e diminuindo a evitação. Também é importante que o paciente entenda que as exposições ajudam a praticar os comportamentos necessários em situações sociais temidas, ajudam a habituação a ocorrer e permitem um teste de previsões negativas sobre a situação social temida, de modo que as crenças deficientes possam ser corrigidas.

Frank e Frank (1991) citaram uma fundamentação semelhante a um dos componentes básicos da psicoterapia. O paciente e o terapeuta agora têm uma linguagem comum para discutir a ansiedade social. Como ocorre com todas as boas fundamentações, essa aponta para um conjunto de procedimentos ou técnicas de tratamento que são necessárias para a superação do problema. Essas técnicas, ou o ritual, na linguagem de Frank, são outro componente fundamental da psicoterapia. Devido à importância de um consenso sobre a fundamentação e o ritual, o Capítulo 2 do manual conclui com uma avaliação da concordância do paciente, com base na medida de credibilidade do tratamento de Borkovec e Nau (1972). Isso costuma ser feito em casa e depois revisado na sessão seguinte. O processamento das respostas é descrito no Capítulo 7.

Fichas e tarefas de casa

O Capítulo 2 do manual do paciente contém fichas que possibilitam que o paciente registre os seus sintomas. Se o paciente lê o capítulo antes da sessão, esse registro pode ser feito inicialmente em casa e, depois, revisado e expandido na sessão. Se o paciente lê depois da sessão, a discussão pode concentrar-se

em preencher as fichas após a apresentação inicial dos conceitos. De qualquer modo, o paciente deve preencher o Quadro 2.3 (Monitorando os três componentes da ansiedade social) e o Quadro 2.4 (Reações ao iniciar este programa de tratamento) fora da sessão. Essa abordagem permite uma oportunidade extra para o paciente pensar e aplicar os conceitos discutidos na sessão sem a orientação do terapeuta. Essa tarefa de casa é revisada na sessão seguinte, como uma verificação da compreensão do paciente sobre o material.

Questões comuns que surgem

Os sintomas fisiológicos são a experiência que define a ansiedade para muitos indivíduos socialmente ansiosos. Os sintomas podem ocorrer em antecipação a uma situação que provoque ansiedade, durante a situação ou, de forma menos comum, depois que a situação terminou. Muitos pacientes concentram-se em apenas um ou dois sintomas. Ocasionalmente, todo o quadro de ansiedade social de um paciente foca-se na crença de que um sintoma específico, como corar ou suar, é visível para as pessoas, trazendo consequências desastrosas.

Ao contrário dos sintomas fisiológicos, alguns indivíduos socialmente ansiosos costumam ser muito menos conscientes das suas cognições ansiosas. Muitas vezes, parece que os pensamentos estão tão arraigados que o indivíduo os experimenta como fatos. Por exemplo, o paciente não considera “fiz papel de bobó” como um pensamento (p. ex., “eu estava pensando que tinha feito papel de bobó”). Em vez disso, o pensamento é relatado como um aspecto da situação (p. ex., “foi aquela vez em que eu fiz papel de bobó”). A melhor estratégia nesse ponto não é se a afirmação é verdadeira ou não. O terapeuta pode apenas justificar pensamentos potenciais na narrativa do paciente sobre a situação e registrá-los no quadro.

É muito importante que o terapeuta comece a moldar a forma como o paciente

relata seus pensamentos automáticos, registrando os pensamentos em um formato que mais adiante seja útil para a reestruturação cognitiva. No exemplo anterior, o terapeuta escreveria “fiz papel de bobo” no quadro e anotaria verbalmente que isso é o que o paciente estava pensando a respeito da situação. De maneira semelhante, as perguntas devem ser reformuladas na forma de afirmações. As afirmações representam melhor o que o paciente teme e são mais fáceis de trabalhar na reestruturação cognitiva do que perguntas. Por exemplo, o paciente pode contar que disse para si mesmo: “O que ela pensa de mim?”. O terapeuta deve incentivar o paciente a falar sobre as respostas para essa pergunta que provocariam ansiedade, perguntando: “O que você teme que ela pudesse ter pensado de você?”, “para que essa situação provoque ansiedade, você provavelmente não está se concentrando em todas as coisas boas que ela pode estar pensando de você. Quais são as coisas negativas que lhe preocupam que ela possa estar pensando?”.

Ocasionalmente, os indivíduos socialmente ansiosos têm pouquíssima consciência dos seus pensamentos. Às vezes, eles podem descrever imagens de resultados temidos os quais podem se traduzir em pensamentos. A maioria desses indivíduos pode se tornar mais ciente de seus pensamentos com o automonitoramento repetido das situações temidas. Nesse ponto, apenas estimule o esforço continuado. Discutiremos depois o que fazer se os aspectos cognitivos da ansiedade continuarem vagos durante a reestruturação cognitiva.

A evitação comportamental de situações temidas é uma característica do transtorno de ansiedade social, mas, ocasionalmente, os indivíduos aguentam até a situação que lhes provoca mais ansiedade sem evitá-la ou fugir. Às vezes, esses pacientes têm pouca perturbação comportamental, podendo-se reconhecer que o componente comportamental não desempenha um papel importante em seu quadro de ansiedade social. Se ainda ficarem ansiosos, apesar

de enfrentarem constantemente as situações que temem, é provável que estejam desqualificando seus sucessos significativamente. É importante observar que os pacientes que alegam inicialmente que não evitam as situações que provocam ansiedade, na verdade, evitam aspectos da situação. Por exemplo, alguém que não evita as festas em si talvez consiga conversar apenas com certas pessoas, vestir certas roupas que sejam improváveis de revelar sintomas de ansiedade (p. ex., evitar blusas quentes que possam revelar transpiração) ou discutir apenas determinados assuntos “seguros”.

Essa evitação em situações sociais também pode incluir os “comportamentos de segurança”, os quais foram discutidos detalhadamente por David M. Clark e seus colegas (p. ex., Clark, 2001; Clark & Wells, 1995). Ao enfrentar as situações sociais temidas, os pacientes podem adotar certas estratégias voltadas para a redução da probabilidade de apresentarem sintomas de ansiedade ou de agirem de um modo desagradável. O paciente espera que essas estratégias, os comportamentos de segurança, o ajudem a evitar consequências sociais desastrosas. Por exemplo, o paciente que tem medo de que suas pernas tremam durante um discurso pode tentar tensionar e travar os músculos das pernas, para impedir que isso aconteça. Um paciente que tem medo de inadvertidamente fazer uma pergunta pessoal demais talvez nunca faça perguntas sobre as pessoas em conversas. Os comportamentos de segurança possuem várias consequências negativas. Como qualquer comportamento de evitação, eles interferem na exposição efetiva, pois o indivíduo não enfrenta o que teme, assim interferindo na habituação e a nova aprendizagem. Os comportamentos de segurança também tendem a aumentar a probabilidade de que o que se teme, de fato, aconteça. Tensionar e travar os músculos das pernas pode fazer os músculos cansarem e tremerem. Não fazer perguntas sobre as pessoas em conversas pode fazer o indivíduo parecer inábil socialmente.

Portanto, especialmente para indivíduos que rejeitam a evitação explícita, justifica-se um questionamento cuidadoso a respeito do uso de comportamentos de segurança.

Durante a explicação da fundamentação do tratamento, às vezes, os pacientes respondem ao aspecto da exposição no tratamento protestando que tentaram enfrentar seus medos no passado e que isso somente os deixou mais ansiosos ainda. É importante perguntar e escutar cuidadosamente o que os pacientes tentaram antes de responder. Geralmente, a resposta do terapeuta é que as exposições devem ser feitas de um determinado modo para que sejam produtivas. As “exposições” dos pacientes podem ser frequentes demais ou difíceis demais, ou a pessoa foge quando a ansiedade se torna intolerável. Em alguns casos, exposições com um ritmo bastante razoável são prejudicadas por distorções cognitivas, como procurar razões para desqualificar resultados exitosos. Embora os pacientes possam não entender totalmente como as exposições do tratamento serão diferentes das suas más experiências, eles somente precisam concordar em suspender seus juízos até que as experimentem. Há dados bastante robustos de que a exposição é efetiva para superar a ansiedade social (Feske & Chambles, 1995; Gould, Buckminster, Pollack, Otto & Yap, 1997; Powers, Sigmarsson & Emmelkamp, 2008). Independentemente do que a pessoa já experimentou por conta própria, o terapeuta pode dizer, com confiança, que esses procedimentos valem a pena, pois provavelmente terão bons resultados.

Quando usar exemplos genéricos ou a experiência real do paciente

Ao longo de anos de TCC individual e em grupo para ansiedade social, desenvolvemos uma regra básica de que geralmente é melhor abordar os conceitos primeiramente com um exemplo genérico e depois aplicá-los à experiência do paciente. Essa

estratégia apresenta duas vantagens. Em primeiro lugar, a ansiedade interfere no processamento de informações. Os indivíduos socialmente ansiosos são mais prováveis de entender os conceitos se aplicados a outras pessoas, pois discutir eles mesmos provoca ansiedade. Em segundo lugar, por causa do medo que os indivíduos socialmente ansiosos têm de avaliações negativas, eles podem sentir muita vergonha ao compartilhar suas experiências de ansiedade ou seus pensamentos automáticos. Começar com exemplos mais impessoais facilita a aprendizagem e torna o processo menos ameaçador.

No manual do paciente há exemplos do uso de casos genéricos para apresentar o modelo de três componentes e o espiral descendente. Ocasionalmente, os terapeutas também utilizam a sua própria experiência. No manual original para a terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG), um terapeuta descreveu sua ansiedade em antecipação a uma apresentação em uma conferência, a qual compreendia sintomas fisiológicos, comportamentais e cognitivos. Pedindo para o terapeuta descrever como sua ansiedade começou a sair do controle, o paciente pode enxergar o terapeuta como um modelo de enfrentamento. Isso pode ocorrer sem revelação pessoal excessiva e é mais um exemplo de como a ansiedade social faz parte da experiência normal. De maneira alternativa, pode-se usar um modelo hipotético. Por exemplo, na TCCG (Heimberg & Becker, 2002), os pacientes trabalham com um exemplo em que devem imaginar uma situação na qual a pessoa está na sala de espera para uma entrevista para um emprego muito desejável. Também se pode pedir que imaginem que a pessoa está se sentindo ansiosa e considerem o que pode estar acontecendo com aquela pessoa em termos de excitação fisiológica (p. ex., palmas das mãos suadas), pensamentos (p. ex., “ela vai saber que eu estou ansioso quando apertar a minha mão”) e comportamentos (p. ex., secar as mãos na roupa).

PSICOEDUCAÇÃO: MONITORANDO O PROGRESSO E A HIERARQUIA DE MEDO E EVITAÇÃO



(corresponde ao Capítulo 3
do manual do paciente)

Cronograma

Geralmente uma sessão

Materiais necessários

- Cópia do manual do paciente
- Quadro-branco
- Quadro “Pensamentos sobre começar tratamento para ansiedade social” (ver página 73 deste guia)
- Social Anxiety Session Change Index
- Gráfico semanal do Social Anxiety Session Change Index
- Hierarquia de medo e evitação
- Quadro 2.3 (Monitorando os três componentes da ansiedade social)
- Quadro 4.1 (De onde veio a minha ansiedade social?)

Nota do terapeuta

- Você precisará de uma cópia da Hierarquia de medo e evitação para a sessão; duas cópias adicionais depois de preencher as situações, mas antes de preencher as avaliações na SUDS e na escala de evitação; e uma cópia adicional depois de preencher as avaliações de ansiedade e evitação.

Sumário da sessão

- Revisar tarefa de casa
- Explicar a importância de monitoramento do progresso do tratamento e introduzir e administrar o Social Anxiety Session Change Index
- Desenvolver uma Hierarquia de medo e evitação individualizada
- Designar tarefa de casa

Tarefa de casa

- Paciente revisa os três primeiros capítulos do manual do paciente, se necessário
 - Paciente preenche outra cópia do Quadro 2.3 (Monitorando os três componentes da ansiedade social)
 - Instruir o paciente a ler o Capítulo 4 do manual do paciente
 - Paciente preenche o Quadro 4.1 (De onde veio a minha ansiedade social?)
-

Visão geral

Até este ponto, as sessões se concentraram no material psicoeducacional e em construir uma fundamentação para o tratamento. Também foi um momento para construir a aliança terapêutica. O paciente deve concordar que tem dificuldades com a ansiedade social e desenvolver uma compreensão básica dos três componentes da ansiedade: o fisiológico, o cognitivo e o comportamental. Nesta sessão, o terapeuta e o paciente revisam as avaliações do paciente em relação à credibilidade do tratamento (Quadro 2.4 – Reações ao iniciar este programa de tratamento), continuam a refinar sua compreensão dos três componentes da ansiedade (Quadro 2.3 – Monitorando os três componentes da ansiedade social), estabelecem procedimentos para monitorar sintomas que serão utilizados ao longo do tratamento e desenvolvem a Hierarquia de medo e evitação.

Revisão das tarefas de casa

Reação à fundamentação do programa de tratamento

Frank identifica uma fundamentação compartilhada como um dos componentes cruciais para o sucesso da psicoterapia (Frank & Frank, 1991). Isso talvez se aplique particularmente a intervenções cognitivo-comportamentais que exijam um investimento emocional substancial e de tempo dentro e fora da sessão de terapia. Se os pacientes não acreditarem que o programa ajudará a reduzir a sua ansiedade social, é

hora de abordar esse problema antes de avançar. Nossa pesquisa com a versão de grupo do programa indica que pacientes menos entusiásticos tendem a não melhorar tanto (Safren, Heimberg & Juster, 1997). Utilizamos o Quadro 2.4 (Reações ao iniciar este programa de tratamento) para iniciar uma discussão sobre as reações dos pacientes. Serão discutidos diversos tipos de reações dos clientes, com sugestões de como trabalhar com cada reação na sessão.

Adequadamente entusiásticos

Ao longo dos anos, em nossa pesquisa sobre os resultados do tratamento, observamos que a maioria dos pacientes costuma dar escores na faixa de 7 a 9 para os três primeiros itens da ficha. Os escores geralmente são mais altos para o primeiro item, pois a maioria dos indivíduos concorda que a fundamentação parece lógica. Também é comum haver expectativas de melhora no pós-tratamento, com melhoras continuadas um ano após o tratamento. Esses escores refletem um investimento geral no programa e um grau de otimismo, o qual é equilibrado pela consciência de que a ansiedade social causa grandes dificuldades nas vidas dos pacientes, as quais não serão dominadas em um dia. Na sessão, esses escores devem ser identificados como “típicos”. Também é importante informar aos pacientes que o seu entusiasmo é um grande passo na direção certa para a superação da sua ansiedade social.

Excessivamente entusiásticos

Ocasionalmente, os indivíduos marcam todas as dezenas nos três primeiros itens e fazem avaliações muito positivas, aproxi-

mando-se de 1, na escala para a gravidade esperada para seus medos após o tratamento. Essa reação extremamente positiva deve ser analisada com o paciente, sem passar a noção de que ele fez algo inadequado por estar sendo entusiástico. Se o paciente está apenas sendo efusivo e está entusiasmado com o começo do tratamento, depois de um longo período em busca de ajuda, não é necessário continuar a discussão. Conforme observado antes, informe o paciente de que o seu entusiasmo desempenhará um papel importante no sucesso do tratamento. Entretanto, se o paciente enxerga o tratamento como uma cura rápida e fácil para uma ansiedade social arraigada, o terapeuta deve investigar essas expectativas. Esses pacientes podem facilmente se desestimular, se as suas expectativas irrealistas não se cumprirem em poucas sessões. Lembrar os pacientes que o tratamento é um processo que exige adquirir certas habilidades e gradualmente enfrentar as situações temidas, e que esse processo exige uma quantidade substancial de tempo e prática, pode ajudar a inoculá-los contra o abandono precoce do tratamento.

Excessivamente pessimistas

Avaliações abaixo de 5 ou 6 nos três primeiros itens ou que demonstrem pouca esperança de melhora no último item da ficha devem ser abordadas explicitamente. Essas avaliações sugerem que o paciente talvez não esteja confiante ou dedicado ao tratamento. Se o paciente estiver um pouco deprimido, pode estar disposto a experimentar o tratamento, mas ter dificuldade para acreditar na possibilidade de fazer melhoras nos sintomas e mudanças em sua vida. Outros pacientes experimentaram muitos tipos de tratamentos sem um sucesso substancial, e, assim, podem estar céticos em relação ao sucesso da abordagem. Nos dois casos, o terapeuta deve reconhecer o ceticismo de um modo neutro e solidário, garantindo que o paciente esteja disposto a expe-

rimentar o programa por um número especificado de sessões (geralmente 6 a 10 semanas, com períodos maiores para sintomas mais graves). Além disso, o terapeuta pode lembrar o paciente que os dados de pesquisa sugerem que a maioria das pessoas melhora e que não há razão para crer que ele não será uma dessas pessoas.

Ocasionalmente, o padrão das avaliações sugere que o paciente acredita que o programa de tratamento funcionaria para outra pessoa (p. ex., é lógico e recomendaria a um amigo), mas que não terá utilidade para ele. Esse padrão deve ser explorado minuciosamente com o paciente, pois indica que ele acredita haver algo a seu respeito que é singular ou impossível de mudar, representando um erro de pensamento.

Para pacientes com expectativas baixas para o tratamento, talvez seja importante avaliar o papel dos erros de pensamento, ajudando-os a preencher a ficha intitulada “Pensamentos sobre começar tratamento para ansiedade social”, neste guia. Algumas das questões a seguir podem ajudar os pacientes com dificuldade para identificar pensamentos e crenças que contribuem para suas expectativas baixas para o tratamento.

- Quais dúvidas específicas você tem em relação a este programa de tratamento?
- Você se preocupa com a possibilidade que o tratamento possa não funcionar para você?
- Quais são suas preocupações em relação às exposições?
- Você se preocupa que o seu terapeuta não seja capaz de lhe entender e lhe ajudar você?

As respostas para algumas preocupações comuns evocadas por essas questões podem ser encontradas no final do Capítulo 2 do manual. O terapeuta também deverá fornecer informações educacionais para corrigir possíveis concepções errôneas que o paciente possa ter.

O terapeuta deve usar seu discernimento sobre a crença do paciente em relação à fundamentação do tratamento e agir conforme essa noção. Um pouco de ceticismo é esperado e provavelmente apropriado. Todavia, uma falta geral de confiança na utilidade do programa para a superação da ansiedade social sugere que o programa deve ser suspenso até que o cliente esteja mais entusiasmado em relação a seguir esse curso específico.

O modelo tripartite da ansiedade

O terapeuta e o paciente revisam brevemente o automonitoramento do paciente sobre seus pensamentos, suas reações fisiológicas e seus comportamentos durante uma situação que provocou ansiedade na semana anterior (Quadro 2.3). A revisão dessa tarefa de casa é uma oportunidade para reforçar os fundamentos do modelo de TCC revisado na sessão passada. Por exemplo, o terapeuta pode mencionar o quanto a ansiedade do paciente era compreensível, devido a todos os pensamentos que lhe ocorreram. Se a evitação foi um dos aspectos da reação do cliente, o terapeuta pode ajudá-lo, de maneira empática, a compreender como a evitação foi reforçada por “benefícios” de curto prazo, mas também deve apontar que houve consequências negativas no longo prazo. Nesse momento, o terapeuta não pressiona o paciente para mudar seus pensamentos ou comportamentos. Ele apenas o ajuda a enxergar o papel de pensamentos e comportamentos de evitação em sua ansiedade problemática. É provável que incentivar o paciente a confrontar as situações que antes evitava ou mudar seu pensamento durante a revisão da tarefa de casa seja contraproducente neste ponto do tratamento, pois o cliente ainda não compreende os princípios da exposição efetiva e ainda não possui habilidades de reestruturação cognitiva.

Não obstante, depois de ouvir a fundamentação do tratamento, alguns pacientes chegam à sessão com uma descrição sobre

a sua experiência de confrontar uma situação social temida a qual vinham evitando há muito tempo. Os terapeutas se dão ao luxo de ouvir como a tentativa de exposição do paciente transcorreu antes de responderem. Para situações que foram bem, que costuma ser o caso, é uma oportunidade de mostrar como os pensamentos que provocavam ansiedade antes do fato não previram corretamente o resultado, e de indicar outros benefícios de superar a evitação. Para situações que não foram bem, os pacientes podem não apenas ser desestimulados pela experiência negativa, como também utilizar a experiência como base para a crença de que o tratamento não funcionará para eles. Nesse caso, o terapeuta deve enfatizar que o paciente ainda não aprendeu as habilidades de reestruturação cognitiva e os princípios de exposições efetivas e que deve suspender seus juízos sobre a eficácia das exposições até fazer algumas durante as sessões.

Por fim, não é incomum que a tarefa de casa escrita do paciente apresente diversos problemas. Embora os pacientes socialmente ansiosos sejam, por definição, sensíveis à avaliação de outras pessoas, é importante que o terapeuta faça algumas sugestões de formas para tornar a tarefa de casa mais proveitosa. Se houver muitos problemas na tarefa de casa, são medidas que ajudam a enfocar o aspecto cognitivo e comentar os outros problemas em uma sessão posterior. Às vezes, o paciente registra questões (p. ex., “o que ele está pensando?”) que precisam ser reformuladas como afirmações (p. ex., “ele está pensando que eu sou um chato.”). Às vezes, o paciente terá listado apenas um ou dois pensamentos superficiais (p. ex., “preciso sair daqui.”) e poderá precisar de ajuda para identificar outros pensamentos (p. ex., “não tenho mais nada para dizer.”). Além disso, o terapeuta deverá anotar as correções para o paciente ver e sugerir que ele confira a ficha corrigida ao fazer a próxima tarefa de casa.

Pensamentos sobre começar tratamento para ansiedade social

Quando penso em começar este programa de tratamento, penso em...

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

Emoções que você sente quando tem esses pensamentos. (circule todas as aplicáveis)
ansiedade/nervosismo, raiva, frustração, tristeza, irritação, embaraço, vergonha, ódio, outra

Pensamentos sobre começar este programa de tratamento. Adaptado de Hope, D.A, Heimberg, R.G., Juster, H.R. & Turk, C.L. (2000). *Managing Social Anxiety: A cognitive behavioral approach, client workbook*, p. 76. Copyright © 2000 Oxford University Press. Reimpresso sob permissão. Todos os direitos reservados.

Monitorando o progresso

A partir deste momento da terapia, os pacientes preenchem o Social Anxiety Session Change Index (SASCI), apresentado no Capítulo 3 do manual, no começo de cada sessão. O terapeuta deve fazer de 14 a 20 cópias da ficha fornecida ao final do capítulo. O SASCI é uma medida rápida, sensível, de fácil pontuação e interpretação, com boas propriedades psicométricas (Hayes, Miller, Hope, Heimberg & Juster, 2008). A pontuação do SASCI é feita pela soma dos quatro itens. Um total de 16 indica que não houve mudança desde o começo do tratamento. Escores de 4 a 15 indicam melhora, ao passo que escores de 17 a 28 indicam deterioração.

Recomenda-se que a medida seja pontuada imediatamente após a administração, com o escore inserido em uma cópia do gráfico do índice de mudança semanal na ansiedade social na sessão, fornecido ao final do capítulo. O SASCI visa alertar o terapeuta rapidamente para mudanças que ocorreram ao longo da semana, e o terapeuta pode explorar com o paciente as razões para essas mudanças (ou falta de mudança). Essa abordagem permite que o terapeuta trabalhe com problemas emergentes, aumente o tempo gasto em coisas que se mostraram produtivas em sessões anteriores e adapte a terapia de um modo clinicamente sensível. Graficando as mudanças semanais, o terapeuta e o paciente têm um método objetivo para monitorar o progresso do tratamento.

É comum ocorrer depressão juntamente com o transtorno de ansiedade social (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle & Kessler, 1996; Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz & Weissman, 1992), e os transtornos comórbidos do humor são associados a comprometimento maior do que os transtornos comórbidos da ansiedade (Erwin, Heimberg, Juster & Mindlin, 2002). Portanto, para nossos pacientes depressivos, costumamos administrar o Beck Depression Inventory – Second Edition (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996) semanalmente, juntamente com o

SASCI. Para muitos pacientes, haverá melhoras na depressão à medida que houver progresso nos sintomas de ansiedade social. Todavia, o BDI-II permite que o terapeuta monitore os sintomas de depressão, para que um padrão de piora significativa nos sintomas do humor possa ser facilmente identificado e tratado, se necessário.

Todas as sessões restantes começam com a administração do SASCI (e do BDI-II para pacientes depressivos) antes de revisar a tarefa de casa.

Hierarquia de medo e evitação

Definição e propósito

A Hierarquia de medo e evitação é uma lista das “10 mais” situações em que o paciente sente ansiedade social. O medo maior ocupa a posição número 1. Os itens listados na hierarquia podem refletir variações em um tema geral, como conversas com diferentes tipos de pessoas, ou podem consistir de diversas situações, como falar em público, conversas, namoro e assertividade. A hierarquia é uma medida ideográfica, no sentido de que é construída individualmente com cada paciente. Depois que os itens são gerados, cada um é avaliado para o nível de ansiedade que evoca e a probabilidade de que a pessoa evitaria a situação, se ocorresse em sua vida.

Neste programa, a Hierarquia de medo e evitação tem três propósitos. Primeiro, a construção da hierarquia ajuda o terapeuta a entender o que faz uma situação provocar maior ou menor ansiedade para o paciente. Isso é muito útil no planejamento das exposições. Em segundo lugar, a hierarquia orienta a definição de objetivos, de forma implícita, identificando as situações nas quais o paciente gostaria de sentir menos ansiedade. Em terceiro, a hierarquia serve como uma medida ideográfica do resultado do tratamento, quando as avaliações de medo e evitação são repetidas mais adiante no tratamento. Essas avaliações posteriores ajudam a tomar decisões, como o momento

oportuno para terminar o programa, e proporcionam evidências dos benefícios da dedicação do paciente.

Instruções para a construção de uma Hierarquia de medo e evitação

Clínicos que não estejam familiarizados com hierarquias podem encontrar a maioria das informações necessárias para criar uma Hierarquia de medo e evitação no procedimento passo a passo apresentado no manual do paciente. O sumário da sessão também serve como um guia da sessão para terapeutas cognitivo-comportamentais iniciantes. Aqui, apresentamos algumas informações adicionais e dicas para resolver dificuldades.

Passo 1: *Brainstorming* (tempestade de ideias)

O primeiro passo é fazer uma lista rápida de situações potenciais. O paciente iniciou esse processo com uma tarefa de casa na sessão anterior (Quadro 3.1 – *Brainstorming* para sua hierarquia de medo e evitação). Todavia, o terapeuta deve estar pronto para complementar o trabalho do paciente com situações discutidas nas sessões anteriores ou identificadas como problemáticas durante a avaliação de admissão. Embora o paciente tenha gerado alguns itens na ficha fornecida para o *brainstorming*, é importante criar uma nova lista conjunta no quadro-branco ou cavalete durante a sessão, para que ambos possam facilmente enxergá-la. Como com todo *brainstorming*, listar uma variedade de situações, mesmo que possam não fazer parte da lista final, ajuda a garantir que todas as situações relevantes sejam consideradas. O foco deve estar nas situações em que o paciente sinta ansiedade social. Pacientes com transtornos da ansiedade variados podem tender a listar situações que não sejam apropriadas para

abordar neste tratamento. Por exemplo, o indivíduo com transtorno obsessivo-compulsivo comórbido pode ter medo de contaminação ao comer em restaurantes, mas não ter medos sociais nessa área. Essas situações não devem aparecer na Hierarquia de medo e evitação para este programa de tratamento. Ademais, os pacientes ocasionalmente incorporam pensamentos automáticos às situações que sugerem para a hierarquia. Por exemplo, um paciente pode sugerir algo como “fazer papel de bobo na frente do chefe” como uma situação que provoca ansiedade. O terapeuta ajudaria o paciente a formatar o item, de forma a não conter linguagem com carga emocional (p. ex., “bobo”) e ser suficientemente específico para ser confrontado em uma exposição (p. ex., “falar com o chefe” e “cometer um erro no trabalho que fiz para o chefe”) seriam itens mais apropriados para a hierarquia). As situações listadas durante o *brainstorming* podem se referir a um fato específico (p. ex., “participar do encontro da escola”) ou uma categoria geral (p. ex., “conversar com estranhos”). Muitas vezes, as categorias mais gerais são desmembradas no próximo passo. É essencial incluir situações que evoquem ansiedade leve e mais severa, para identificar situações mais fáceis para começar as exposições terapêuticas. Uma lista de situações sociais potenciais, formuladas de maneira apropriada para uma Hierarquia de medo e evitação, é apresentada na Figura 3.1 do manual.

Passo 2: Descobrir as dimensões que tornam uma situação mais fácil ficar mais difícil

Depois de criar uma lista de situações, o paciente e o terapeuta consideram quais dimensões ou construtos fazem as situações mais gerais da lista provocarem maior ou menor ansiedade. O principal propósito deste passo é permitir que o terapeuta consiga prever o grau de ansiedade que o paciente sentirá durante uma exposição. Com-

preendendo as dimensões que afetam o medo do paciente, o terapeuta pode preparar exposições para torná-las mais ou menos difíceis, conforme o necessário para alcançar o sucesso terapêutico (Hope, 1993). Algumas dimensões comuns são apresentadas na Tabela 7.1. Nem todas serão relevantes para um determinado paciente, e alguns pacientes têm dimensões idiossincráticas, como a probabilidade de que um determinado sintoma de ansiedade seja visível.

Tabela 7.1 Dimensões situacionais que costumam ser importantes na avaliação da ansiedade social

<i>Características de outras pessoas presentes que possam influenciar o nível de ansiedade:</i>
Familiaridade
Estado civil
Número de outras pessoas presentes
Status socioeconômico
Probabilidade de contato futuro
Beleza física
Gênero
Idade
Formação educacional
Poder e/ou autoridade da pessoa
<i>Características situacionais que podem influenciar o nível de ansiedade:</i>
Estrutura (tópicos específicos versus "bater papo")
Formalidade
De pé ou sentado
Ocorrência prevista ou espontânea
Duração
<i>Características situacionais singulares que podem influenciar o nível de ansiedade para fobias de falar em público:</i>
Sessão de perguntas e respostas (incluindo o tipo de pergunta)
Uso de anotações preparadas

Dimensões situacionais que costumam ser importantes na avaliação da ansiedade social. De Hope, D.A. (1993). Exposure and social phobia: Assessment and treatment considerations. *The Behavior Therapist*, 16(1), 9. Copyright © 1993 Association of Behavioral and Cognitive Therapy. Reimpresso sob permissão. Todos os direitos reservados.

Passo 3: Avaliações de medo e evitação

O próximo passo no processo de construção da hierarquia é fazer avaliações de medo/ansiedade e evitação para cada situação. Isso também serve como oportunidade para ensinar aos pacientes a utilizarem a Escala de Unidades Subjetivas de Desconforto de 0 a

100 (SUDS; Wolpe & Lazarus, 1967), a qual será um aspecto essencial da comunicação durante as exposições na sessão. A educação e a prática com as avaliações na SUDS também proporcionam mais uma oportunidade para os pacientes começarem a pensar sobre sua ansiedade de um modo mais objetivo e complexo, em vez de serem subjugados pela experiência dos sintomas e emoção.

Devido à importância dos escores na SUDS, o manual traz um exercício para estabelecer pontos-âncora nos quartis da escala:

- 0 = nada de ansiedade; não necessariamente feliz, mas calmo e relaxado.
- 25 = alerta, mas capaz de lidar com as situações; um pouco “animado” ou “ligado”.
- 50 = ansiedade definitivamente incômoda; um pouco de dificuldade para se concentrar, mas ainda consegue.
- 75 = desconforto extremo e pensamentos de evitação ou fuga.
- 100 = pior ansiedade que a pessoa já sentiu ou pode se imaginar sentindo em uma situação social.

Embora a escala seja, por definição, subjetiva, esses pontos-âncora ajudam a garantir que os pacientes utilizem toda a extensão da escala e possam usá-los como referência mais adiante, se as avaliações do paciente na SUDS não corresponderem à observação do terapeuta durante a exposição. Muitos pacientes reduzem a SUDS essencialmente a uma escala de 10 ou 20 pontos, utilizando apenas os múltiplos de dez ou cinco. Isso é aceitável, desde que estejam cientes de que podem usar toda a escala. Ocasionalmente, esses pacientes comunicam um aumento na ansiedade durante uma exposição usando os pontos individuais entre 90 e 100.

As avaliações da evitação para a Hierarquia de medo e evitação usam uma escala semelhante de 0 a 100. Nesse caso, a avaliação é de evitação *comportamental*. Os pacientes, às vezes, dizem que certas situações não são evitáveis, mas isso raramente acontece. Às vezes, o custo de evitar é extremamente elevado (p. ex., pedir demissão do trabalho). Contudo, se o paciente está entrando na situação, a avaliação da evitação deve ser menor de 100. Para situações que não sejam evitadas completamente, a avaliação de evitação dependerá em menor ou maior grau da frequência na qual a situação é evitada e do grau de evitação dentro da situação.

A evitação em uma situação social pode variar de óbvia (p. ex., um homem que somente vai a uma festa se houver álcool, para que possa se embriagar rapidamente) a sutil (p. ex., o indivíduo que evita pedir sopa em um restaurante para não mostrar o tremor em sua mão). A evitação dentro de uma situação social também pode ocorrer na forma de “comportamentos de segurança” (Claro, 2001; Clark & Wells, 1995), que são os comportamentos que os pacientes usam em situações sociais temidas na tentativa de reduzir a probabilidade de uma avaliação negativa dos outros, por causa de alguma “catástrofe”. Para situações que provoquem ansiedade que não são evitadas completamente, os terapeutas podem questionar qual é a catástrofe esperada na situação (p. ex., a pessoa irá corar o rosto, os outros notarão e isso levará a avaliações negativas) e se o paciente apresenta algum comportamento para evitar o resultado catastrófico (p. ex., “eu evito falar sobre a minha educação e minha carreira e desvio a conversa para outros assuntos; tento fazer a pessoa falar de si mesma para não ser chato”). Nesse caso, há comportamentos de segurança, os quais devem resultar em uma avaliação maior de evitação para aquele item. Ao prepararem exposições, o terapeuta e o paciente devem cuidar para não confrontarem apenas a situação temida (p. ex., conversas com estranhos), mas incluir também os aspectos mais temidos da situação (p. ex., falar sobre a sua formação educacional, revelando informações pessoais). Essencialmente, o paciente deve confrontar a situação temida sem evitar qualquer aspecto dela. Em alguns casos, pode fazer sentido incluir itens da hierarquia, nos quais a situação seja confrontada com e sem o comportamento de segurança.

Como com as avaliações da SUDS, o manual fornece pontos-âncora para a evitação nos quartis da escala de 0 a 100:

- **Evitação = 0.** Um escore de 0 em evitação significa que não há qualquer grau de evitação. O paciente não apenas aborda a situação voluntariamen-

te, como também enfrenta todos os seus aspectos, mesmo que isso o deixe desconfortável. O paciente não apresenta comportamentos de evitação ou de segurança.

- **Evitação = 25.** Um escore de 25 para evitação indica que o paciente quase sempre escolhe enfrentar a situação, apesar da ansiedade que possa sentir. Mesmo que o paciente postergue a situação social por algum tempo, ele a enfrenta antes que surjam problemas verdadeiros. Na situação, o paciente também pode apresentar alguns comportamentos de evitação de menor importância.
- **Evitação = 50.** Um escore de 50 em evitação indica que, às vezes, o paciente decide evitar a situação por causa da ansiedade. O paciente também pode apresentar comportamentos de evitação enquanto enfrenta a situação. De modo geral, um escore de 50 descreve um nível moderado de evitação, a qual provavelmente seja notável para os outros.
- **Evitação = 75.** Um escore de 75 em evitação significa que o paciente costuma evitar a situação, saindo mais cedo, ou apresentando comportamentos sérios de evitação durante a situação. De um modo geral, um escore de 75 descreve uma evitação que é óbvia.
- **Evitação = 100.** Um escore de 100 em evitação significa que o paciente evita a situação completamente. Às vezes, a pessoa pode evitar totalmente algo que causa ansiedade, pois é fácil fazer isso. Em outras ocasiões, a pessoa pode evitar algo totalmente, não se dispondo a enfrentar a situação temida mesmo que isso lhe custe muito.

Depois de feitas todas as avaliações de medo e evitação, o terapeuta e o paciente devem analisar a faixa de escores. Os pacientes com ansiedade social muito grave podem inicialmente gerar uma lista de situações sem

itens de gravidade moderada (p. ex., todos os itens da hierarquia variando de 85 a 100). Supondo que o paciente esteja utilizando a SUDS corretamente, o terapeuta deve trabalhar com o paciente para gerar itens de menor gravidade antes de passar para o próximo passo (i.e., um ou dois itens devem ser pelo menos 50). Não há problema se alguns desses novos itens forem passos preliminares e relativamente superficiais rumo a outras situações temidas. Por exemplo, pode-se perguntar a um paciente que tenha um medo severo de falar em público para uma grande plateia qual seria o seu escore na SUDS se ele lesse algo para o terapeuta em posição sentada.

Passo 4: Ordenando as situações

Uma vez que as avaliações de medo e evitação foram preenchidas, é hora de colocar as situações em ordem, sendo a primeira a situação que recebeu o maior escore na SUDS. Para situações que receberam a mesma avaliação na SUDS, a situação com maior escore em evitação é classificada primeiro. Quando as avaliações de ansiedade e evitação são iguais, talvez seja interessante perguntar ao paciente se faz sentido ajustar levemente uma das avaliações para desempatar.

A versão final da hierarquia deve ser registrada na ficha fornecida no manual do paciente. É muito importante registrar as situações primeiro, fazer duas fotocópias para o terapeuta e depois preencher com os escores e fazer uma fotocópia da ficha preenchida para o paciente. Isso possibilita que cópias limpas, sem avaliações, sejam usadas até o final do tratamento para monitorar o progresso. Paciente e terapeuta devem manter uma cópia preenchida da Hierarquia de medo e evitação com avaliações.

Nem todas as situações possíveis estarão na lista. A Hierarquia de medo e evitação representa uma *amostra* do universo de situações que provocam ansiedade para um determinado paciente. Como uma boa amostra

estatística, ela deve representar uma variedade de tópicos e níveis de dificuldade condizente com os objetivos do paciente para o tratamento. Deve consistir de situações que sejam relevantes atualmente ou que possam ser relevantes em um futuro previsível. Experiências que provocaram ansiedade no passado não são apropriadas (p. ex., o paciente associa o começo da sua ansiedade com namorar a uma experiência humilhante ocorrida cinco anos atrás). Além disso, pode haver situações atuais que provoquem ansiedade que não sejam relevantes para o paciente. Por exemplo, muitas pessoas temem falar em público, mas isso não interfere em suas vidas, pois elas têm poucas ocasiões para fazerem isso. Nesse caso, falar em público não precisa aparecer na Hierarquia de medo e evitação. Porém, os terapeutas devem ter cuidado, pois os pacientes podem considerar “irrelevantes” algumas situações alcançáveis, pois lhes parecem inalcançáveis. Os pacientes também podem relutar em incluir uma situação por acreditarem que poderia comprometê-los a fazer uma exposição mais adiante no tratamento. Nesse caso, o terapeuta pode enfatizar que a Hierarquia de medo e evitação deve representar todas as situações que gostariam de abordar, mas que essas exposições são graduais, de modo que eles não precisarão enfrentar uma situação para a qual não estejam preparados. Os terapeutas devem se

sentir livres para adicionar ou subtrair situações da lista quando acharem correto, se um determinado tipo de situação tiver exemplos demais.

Comentários gerais sobre a Hierarquia de medo e evitação

Como se pode ver, o ato de construir a Hierarquia de medo e evitação tem vários propósitos, além de simplesmente proporcionar a hierarquia em si. A discussão detalhada de diversas situações será valiosa mais adiante, quando o terapeuta começar a criar exposições para serem feitas na sessão e *in vivo*. Todavia, isso deve ser feito de maneira eficiente. Os pacientes ou os terapeutas talvez queiram fazer longas discussões sobre circunstâncias específicas ou a natureza exata do medo do cliente em uma determinada situação. Esse tipo de análise é inadequado neste estágio. Quando uma determinada situação é selecionada para exposição, os procedimentos de reestruturação cognitiva e de exposição proporcionam amplas oportunidades para essa exploração. Para criar a hierarquia, um terapeuta cognitivo-comportamental experiente geralmente não demora mais de uma sessão. Com terapeutas menos experientes e pacientes muito falantes, não deve durar mais de uma sessão e meia.

PSICOEDUCAÇÃO: ETIOLOGIA E DESENVOLVIMENTO DE CRENÇAS DISFUNCIONAIS E VIESES NO PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÕES



(corresponde ao Capítulo 4
do manual do paciente)

Cronograma

Geralmente uma sessão

Materiais necessários

- Cópia do manual do paciente
- Quadro-branco
- Social Anxiety Session Change Index
- Gráfico semanal do Social Anxiety Session Change Index (mesma cópia usada na última sessão)
- Quadro 2.3 (Monitorando os três componentes da ansiedade social)
- Quadro 5.1 (Aprendendo sobre as suas reações)

Sumário da sessão

- Administrar, pontuar e graficar o SASCI
- Revisar tarefa de casa
- Discutir a etiologia e a manutenção da ansiedade social, aplicada ao paciente
- Discutir o papel dos pensamentos disfuncionais e dos vieses no processamento de informações para a manutenção da ansiedade social
- Designar tarefa de casa

Tarefa de casa

- Paciente revisa os quatro primeiros capítulos do manual, se necessário
- Paciente preenche outra cópia do Quadro 2.3 (Monitorando os três componentes da ansiedade social)

- Instruir o paciente a ler o Capítulo 5 do manual
- Cliente preenche o Quadro 5.1 (Aprendendo sobre as suas reações)

Nota do terapeuta

- Os clientes não devem preencher o Quadro 5.2 (Monitorando seus pensamentos automáticos) até terem revisado o material do Capítulo 5 com o terapeuta
-

Visão geral

O principal objetivo do Capítulo 4 no manual do paciente é concluir a apresentação do modelo da terapia cognitivo-comportamental (TCC) com uma discussão sobre a etiologia e manutenção da ansiedade social. Os pacientes variam no quanto se preocupam com alguns dos detalhes. Todavia, quase todos perguntam sobre a etiologia em algum momento do tratamento. As respostas, da melhor forma que conseguimos, são apresentadas no Capítulo 4.

SASCI, revisão das tarefas de casa e a definição da agenda

Comece a sessão administrando o SASCI e escrevendo o escore no gráfico de mudança semanal da ansiedade social na sessão, fornecido no Capítulo 7. Como as exposições e o treinamento em reestruturação cognitiva ainda não começaram, é comum haver pouca mudança nesse ponto do tratamento. De maneira importante, os terapeutas não devem considerar a administração do SASCI como uma substituição para verificar com os pacientes como foi a sua semana. Os terapeutas devem permanecer cientes de acontecimentos importantes nas vidas dos pacientes, manterem-se atentos ao relacionamento terapêutico e definir uma agenda para a sessão.

A seguir, como parte da revisão das tarefas de casa, o terapeuta e o paciente devem revisar brevemente o Quadro 2.3 (Monitorando os três componentes da ansiedade social) preenchida pelo paciente. Como na sessão anterior, o terapeuta enfatiza como a experiência do paciente se encaixa no mo-

delo da TCC e identifica os temas que estão começando a emergir nos pensamentos do paciente (p. ex., “vejo que o pensamento ‘estou corando’ lhe ocorreu novamente nesta semana.”). O terapeuta reforça a tentativa do paciente de fazer as tarefas de casa e faz sugestões para melhorar. Se o paciente tiver feito um bom trabalho ao relatar algumas cognições, de um modo suave, o terapeuta pode evocar mais alguns pensamentos implicados na tarefa de casa do paciente (p. ex., “o que você teme que as pessoas possam pensar a seu respeito se corar?”) e anotá-los também na tarefa de casa. No decorrer da terapia, o terapeuta e o paciente trabalham juntos no desenvolvimento de uma conceituação das crenças do paciente sobre si mesmo, os outros e o mundo, e esse processo pode começar ajudando o paciente gradualmente a articular uma variedade de pensamentos automáticos durante a revisão das tarefas de casa e identificando temas nesses pensamentos em diferentes situações e momentos.

O principal item da agenda para a semana é discutir a literatura de pesquisa sobre a etiologia da ansiedade social e ajudar os pacientes a relacionarem essas informações à sua experiência pessoal. No decorrer da discussão, a tentativa do paciente de preencher o Quadro 4.1 (De onde veio a minha ansiedade social?) é revisada. Para alguns pacientes, esta sessão envolve revelar experiências com carga emocional relacionadas ao desenvolvimento da sua ansiedade social (p. ex., *bullying* da parte dos colegas, pais emocionalmente abusivos, um ataque de pânico durante um discurso, etc.). Esse tipo de revelação pessoal provoca ansiedade e é emocionalmente evocativo para muitos pacientes socialmente ansiosos, e os terapeutas que utilizam boas habilidades

de escuta para facilitar essa revelação podem solidificar o relacionamento terapêutico nesta sessão. Este tratamento não propõe que ajudar os pacientes a entender as causas da ansiedade social possa fazer o problema desaparecer. Todavia, ajudar os pacientes a fazer uma conexão entre experiências anteriores de aprendizagem e expectativas e crenças atuais sobre situações sociais pode contribuir para o processo de reestruturação cognitiva para alguns pacientes (p. ex., “não há problema em ser menos do que perfeito, apesar do que o meu pai me ensinou.”). Além disso, o terapeuta tem a oportunidade de enfatizar que as coisas que os pacientes dizem para si mesmos e seus comportamentos são *aprendidos* – e, portanto, podem aprender a pensar e agir de maneiras diferentes por meio deste tratamento.

Etiologia e manutenção da ansiedade social

O manual do paciente apresenta o modelo biopsicossocial da etiologia. Se o paciente tiver lido o capítulo, não é necessário revisar as pesquisas sobre cada aspecto do modelo em muito detalhamento. Por exemplo, é suficiente que o terapeuta observe que a pesquisa sugere que a tendência a ser sensível a coisas novas ou outras pessoas pode ser hereditária. Ou seja, o terapeuta explica que, na ausência de certas experiências de vida, algumas pessoas com predisposição genética à ansiedade social nunca desenvolvem ansiedade social problemática. Todavia, essa predisposição genética, juntamente com experiências difíceis no ambiente familiar ou outras experiências importantes na vida, pode contribuir para o desenvolvimento de ansiedade social problemática. Além disso, como a maioria dos indivíduos socialmente ansiosos consegue identificar outras pessoas em sua família que têm problemas semelhantes em um grau maior ou menor, alguns pacientes podem acreditar

que a ansiedade social é genética e, portanto, não pode ser modificada. Nesses casos, uma discussão mais detalhada de uma predisposição genética pode ser muito produtiva. Embora a ausência de ansiedade social possa não ser realista (ou desejável), uma ansiedade mais administrável, com menor perturbação do funcionamento, é um objetivo bastante realista para todos os pacientes.

Os terapeutas devem utilizar as questões do Quadro 4.1 (De onde veio a minha ansiedade social?) para ajudar os pacientes a aplicarem o material relacionado à genética, às experiências familiares e outras experiências importantes para a sua história pessoal. Nessa discussão, os terapeutas devem enfatizar as maneiras como a ansiedade social parece ter sido *aprendida*.

Padrões disfuncionais de pensamento e vieses no processamento de informações

A discussão sobre a etiologia flui para a maneira como a genética, o ambiente familiar e as experiências importantes podem interagir e resultar em crenças profundamente arraigadas sobre si mesmo, o mundo e o futuro. Ainda que não sejam rotulados como tal no manual do paciente, três padrões disfuncionais de pensamento são descritos sucintamente: *lôcus de controle externo*, *padrões perfeccionistas* e *baixa autoeficácia*. Cada um desses padrões é descrito em maior detalhe nas seções a seguir.

Existe uma grande quantidade de pesquisas que mostram que pessoas que são ansiosas ou depressivas têm um “*lôcus de controle externo*”. Ou seja, a pessoa acredita que algo fora de si determina o que acontece. Pessoas com transtorno de ansiedade social acreditam que outras pessoas mais capazes e competentes controlam o que acontece. Na maioria dos casos, as pessoas com transtorno de ansiedade social subestimam o controle ou a influência que podem ter sobre as reações positivas das pessoas a elas.

Algumas pessoas socialmente ansiosas estabelecem padrões perfeccionistas para o seu comportamento em situações sociais. Elas também acreditam que os padrões dos outros para elas são elevados em níveis irrealistas. Juntamente com essas expectativas, há a crença de que não é aceitável que elas não pareçam ou se sintam nervosas em situações sociais. Outros padrões podem enfatizar jamais ofender outra pessoa, sempre observar modos perfeitos, sempre se vestir perfeitamente para cada ocasião, ou sempre ser perspicaz e charmoso. Todas essas expectativas são objetivos perfeitamente admiráveis, mas irrealistas para esperar de si mesmo regularmente. Se o objetivo é alcançar a perfeição, o indivíduo seguidamente fracassará e se sentirá mal.

A autoeficácia é o termo que os psicólogos utilizam para a autoconfiança em quanto o indivíduo espera ser efetivo. Um tipo de autoeficácia se refere à crença de que se conseguirá fazer algo com sucesso. As pessoas socialmente ansiosas costumam ter baixa autoeficácia, significando que duvidam de sua capacidade de fazer o que é certo (e fazer bem) em uma interação social. Elas podem duvidar que tenham habilidades sociais adequadas ou a capacidade de bater papo. Às vezes, os indivíduos com transtorno de ansiedade social têm um segundo tipo de baixa autoeficácia, conhecido como “baixas expectativas para resultados”. Isso se refere à crença de que, mesmo que consiga ter um desempenho adequado (como ser assertivo e pedir para alguém mudar o seu comportamento), a pessoa ainda não conseguirá o resultado desejado (i.e., a outra pessoa não obedecerá). Os indivíduos socialmente ansiosos costumam esperar que a situação dê errado ou que sejam rejeitados pela outra pessoa.

O último passo para relacionar a etiologia à experiência da ansiedade social em uma determinada situação baseia-se na metáfora dos *óculos com lentes amarelas*. É importante dedicar tempo suficiente para estabelecer e aplicar a metáfora. Embora

os vieses do processamento de informações estejam bem estabelecidos na literatura de pesquisa, esse é um conceito muito difícil de transmitir para indivíduos socialmente ansiosos, especialmente sem dizer que eles são os culpados por sua compreensão incorreta do que está ocorrendo nas interações sociais. Os mesmos “óculos amarelos” que estamos tentando explicar levam o indivíduo socialmente ansioso a se sentir facilmente depreciado por estar “errado” ou por reagir com uma postura defensiva. Descrevendo os óculos amarelos como um resultado natural de uma combinação específica entre genética, ambiente familiar e experiências importantes, o terapeuta pode indicar que a maneira como o paciente processa informações faz sentido; ela pode apenas não ser funcional. Em alguns casos, ela era claramente funcional no passado (p. ex., uma família alcoolista em que a sobrevivência dependia de estar alerta para sinais ameaçadores), mas não é tanto atualmente.

Quando o paciente compreende que os óculos de lentes amarelas levam a uma percepção de ameaça em uma variedade de situações, ele verá que a excitação fisiológica e a evitação comportamental são as consequências naturais. Os pacientes geralmente se identificam com a resposta de luta ou fuga. Mesmo que não estejam dispostos a considerar que as situações sociais que enfrentam não são tão perigosas quanto pensam, podem reconhecer que acreditar que são menos perigosas levará a uma menor excitação fisiológica e menor perturbação e evitação comportamentais. Esse nível de entendimento é o objetivo neste ponto. Será necessário um trabalho substancialmente maior para abordar esse viés cognitivo. De fato, esse é o objetivo do texto do tratamento!

O Capítulo 4 do manual do paciente termina com algumas perguntas frequentes e respostas relacionadas à etiologia e ao tratamento da ansiedade social. Os pacientes variam em relação ao seu desejo de discutir qualquer uma dessas questões mais profundamente.

REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA: IDENTIFICANDO PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS



(corresponde ao Capítulo 5
do manual do paciente)

Cronograma

Geralmente uma sessão

Materiais necessários

- Cópia do manual do paciente
- Quadro-branco
- Social Anxiety Session Change Index (SASCI)
- Gráfico semanal do Social Anxiety Session Change Index (mesma cópia usada na última sessão)
- Tabela 5.1 (Lista de erros de pensamento)
- Quadro 5.2 (Monitorando seus pensamentos automáticos)

Sumário da sessão

- Revisar, pontuar e graficar o SASCI
- Revisar tarefa de casa
- Identificar os pensamentos automáticos e as emoções que eles causam
- Identificar erros de pensamento em pensamentos automáticos
- Apresentar habilidades de reestruturação cognitiva que serão aprendidas
- Designar tarefa de casa

Tarefa de casa

- Paciente preenche o Quadro 5.2 (Monitorando seus pensamentos automáticos)
 - Instruir o paciente a ler o Capítulo 6 do manual
-

Visão geral

○ Capítulo 5 do manual do paciente começa com uma revisão do SASCI e do último automonitoramento dos três componentes da ansiedade, abordando a identificação de pensamentos automáticos e como encontrar erros lógicos em pensamentos automáticos. A estrutura geral da sessão, depois da revisão das tarefas de casa, envolve apresentar um conceito com uma vinheta neutra, seguida por uma oportunidade de aplicação do conceito à experiência do paciente. O manual apresenta algumas vinhetas, mas os terapeutas podem ficar à vontade para usarem as

suas, desde que representem uma ideia semelhante. Conforme mencionado anteriormente, é bom começar com vinhetas neutras, pois permite que o paciente considere o conceito de maneira independente das suas próprias reações emocionais em um primeiro momento.

Para ajudar terapeutas com pouca experiência que trabalham com indivíduos com ansiedade social, apresentamos alguns dados sobre os tipos de pensamentos que indivíduos socialmente ansiosos costumam relatar no contexto de exposições realizadas na sessão (Hope, Burns, Hayes, Herbert & Warner, 2010). Codificamos 1.046 pensamentos de 55 mulheres e homens em 11 categorias semânticas, apresentadas na Tabela 9.1. Três

Tabela 9.1 Descrições de categorias, exemplos e distribuição de pensamentos automáticos entre categorias

Categorias	Frequência (%)
Autorrotulação: Autoavaliação negativa ou rótulo sem referência a outras pessoas ("sou chato", "sou incompetente")	105 (8,86)
Rotulação pelo outro: Preocupações de que outras pessoas atribuam um rótulo negativo ("ele vai me achar estranho", "ela vai pensar que eu sou um idiota")	174 (14,69)
Sinais visíveis: Preocupações de que possa apresentar sinais visíveis de ansiedade, sem menção a outras pessoas verem ("vou corar", "vou gaguejar")	61 (5,15)
Sinais visíveis ao outro: Preocupações de que outras pessoas possam detectar sinais de ansiedade que possam ser visíveis ("ela vai me ver corar", "eles vão me ver tremendo")	5 (0,42)
Normas sociais do self: Preocupação em violar normas sociais ("Vou dizer/fazer algo inadequado", "seria rude se eu interrompesse")	53 (4,47)
Normas sociais do outro: Preocupação explícita de que outras pessoas possam enxergar violações de normas sociais ("ela vai achar que eu fui agressivo se perguntar isso", "ele vai se ofender")	15 (1,27)
Sintomas: Preocupações em ter sintomas de ansiedade que não seriam visíveis aos outros ou emoções negativas ("Vou ficar envergonhado", "meu coração dispara")	127 (10,73)
Memórias passadas: Pensamentos negativos sobre experiências passadas que provocaram ansiedade ("sempre desabo nessa situação", "nunca vou conseguir fazer isso")	7 (0,59)
Desempenho: Preocupações em não ter o desempenho adequado ("não vou saber o que dizer", "não vou causar uma boa impressão")	286 (24,15)
Resultado negativo: Preocupação de que algo aconteça sem atribuição de que a pessoa faça aquilo acontecer ("ele não vai querer falar comigo", "poucas pessoas vão aparecer para me ouvir")	181 (15,28)
Evitação: Qualquer pensamento relacionado a comportamentos de evitação, fuga ou segurança ("quero sair daqui", "vai ser mais fácil se eu não fizer contato visual")	32 (2,70)
NÚMERO TOTAL DE PENSAMENTOS CODIFICADOS	1.046

De Hope, D.A., Burns, J.A., Hayes, S.A., Herbet, J.A. & Warner, M.D. (2010) Automatic thoughts and cognitive restructuring in cognitive-behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 1-12. Copyright © 2006 Springer Science+Business Media. Reimpresso sob permissão. Todos os direitos reservados.

categorias – Desempenho (p. ex., “não sei o que dizer”), Resultado negativo (“ele não vai querer falar comigo”) e Rotulação pelo outro (“ele vai me achar estranha”) – explicam mais da metade dos pensamentos. Para nossa surpresa, os pensamentos sobre os sintomas fisiológicos da ansiedade, visíveis ou não, ocorreram com pouca frequência. No Capítulo 12, compartilhamos alguns dados adicionais desse estudo sobre as categorias de pensamentos automáticos os quais devem ser abordadas no começo e mais adiante no tratamento.

SASCI e revisão de tarefas de casa

Comece a sessão administrando o SASCI e plotando o escore no gráfico semanal do Social Anxiety Session Change Index.

Os pacientes devem preencher outra cópia do Quadro 2.3 (Monitorando os três componentes da ansiedade social), que deve ser revisada rapidamente no começo da sessão. A parte cognitiva dessa ficha deve ser incorporada aos exercícios mais adiante na sessão. Portanto, se a ficha não for preenchida como tarefa de casa, os primeiros minutos da sessão devem ser utilizados para preenchê-la. Se for necessário ajudar o paciente a preencher a ficha na sessão, deve-se enfatizar as cognições evocadas pela experiência recente que provocou ansiedade, em vez de dos outros componentes. Essa abordagem é recomendada, pois o paciente trabalhará com essas cognições mais adiante na sessão.

Se o paciente não tiver feito o automonitoramento dos três componentes ou tiver feito de forma inadequada, é importante resolver o que deu errado. Isso deve ser feito com um tom bastante acrítico, pois os indivíduos socialmente ansiosos costumam reagir de forma negativa mesmo às menores críticas. Se o terapeuta trabalha com base na premissa de que o paciente faz o melhor que pode dentro do seu grau de entendimento da tarefa, esse procedimento funciona bem. Ver o Capítulo

4 deste guia do terapeuta para uma discussão mais detalhada de como trabalhar com a falta de adesão às tarefas de casa.

Passo 1 na reestruturação cognitiva: identificando pensamentos automáticos e as emoções que eles causam

O Capítulo 5 do manual começa com uma vinheta (dois homens solteiros que cumprimentam uma mulher que está pegando a correspondência) a qual introduz a noção de que a mesma situação social pode ser interpretada de formas diferentes, com resultados muito diferentes. Com base nos dados disponíveis, nenhuma interpretação está “correta”. As interpretações contrastantes diferem em sua funcionalidade. *O principal argumento para mostrar que não são os fatos em si que deixam a pessoa ansiosa, mas a maneira como os interpretamos.* É improvável que os pacientes sejam capazes de considerar como o seu pensamento pode estar distorcido neste ponto. Portanto, é melhor utilizar as vinhetas neutras e trabalhar para aplicá-las à sua própria situação.

A segunda vinheta do Capítulo 5 do manual (José e seus pensamentos sobre falar com uma nova gerente em uma festa) é utilizada para introduzir:

1. A identificação de pensamentos automáticos.
2. A revisão do espiral descendente da interação entre os componentes cognitivos, fisiológicos e comportamentais da ansiedade social.
3. A consideração de que os pensamentos automáticos podem não ser fatos estabelecidos, incluindo como as pessoas poderiam reagir se soubessem o que a pessoa ansiosa estava pensando.

O terapeuta pode apresentar a vinheta inicial e depois evocar possíveis cognições e respostas fisiológicas e comportamentais

do paciente. Não é essencial que as sugestões do paciente correspondam ao exemplo do manual. O terapeuta pode sugerir outras questões, se necessário, para completar a vinheta. Se parecer que o paciente precisa de prática adicional, há uma segunda vinheta sobre Susan e seu medo de falar em público no manual, a qual pode ser revisada antes de avançar para os pensamentos automáticos do paciente.

A noção de pensamentos automáticos será amplamente utilizada no decorrer do tratamento. Portanto, é importante passar alguns minutos definindo o conceito cuidadosamente. Com base nas duas (ou três) vinhetas anteriores, o terapeuta pode mostrar como mudar os pensamentos automáticos teria alterado o nível de ansiedade da pessoa e, possivelmente, o resultado. Os pacientes geralmente são muito resistentes a qualquer discussão sobre mudar seus pensamentos nesse ponto, de modo que é melhor ater-se às vinhetas e conversar sobre os pensamentos do paciente em termos gerais (p. ex., “um dos seus pensamentos automáticos é ‘Não vou saber o que dizer’. Se você conseguisse se preocupar menos com o que dizer em conversas, ficaria menos ansioso.”).

Dois concepções errôneas costumam surgir em relação aos pensamentos automáticos. A primeira é que a solução é substituir os maus pensamentos por pensamentos bons. Os clientes foram expostos a afirmações e acreditam que a reestruturação cognitiva envolverá fazer autoafirmações positivas repetidamente. As afirmações não são reestruturações cognitivas. No espírito do empirismo colaborativo, o terapeuta não deve sugerir que os pensamentos do paciente estão errados. Ao contrário, o processo de reestruturação cognitiva é um processo de descoberta mútua sobre o quanto os pensamentos automáticos são produtivos e lógicos (ou não). O paciente deve passar de aceitar os pensamentos automáticos como fatos estabelecidos para questioná-los. O próximo passo NÃO é aceitar cegamente o oposto do pensamento automático como uma afirmação positiva geral.

A segunda concepção errônea sobre os pensamentos automáticos é que o paciente deve aprender a suprimir os “maus pensamentos”. O trabalho de Wegner (1994) sobre a supressão irônica mostra que tentar não pensar em uma certa ideia (o urso branco no estudo de Wegner) aumenta a intensidade e a frequência da sua ocorrência. Em outras palavras, tentar suprimir pensamentos automáticos terá o efeito indesejado de aumentar a sua frequência.

Uma vez que o paciente tem uma compreensão básica dos pensamentos automáticos, mesmo que não esteja convencido da irracionalidade de seus próprios pensamentos, o foco se volta para as identificações dos pensamentos automáticos do paciente. Geralmente, usamos o exemplo de pensamentos automáticos sobre começar o tratamento, mas também se pode escolher outra situação. O tópico é menos importante do que incentivar os pacientes a compartilhar seus pensamentos. Uma boa ideia é escrever os pensamentos automáticos no quadro, com o terapeuta moldando levemente o formato dos pensamentos automáticos. O trabalho posterior de reestruturação cognitiva funcionará melhor com afirmações declarativas simples. Sentenças com cláusulas múltiplas devem ser decompostas, reformatando-se as perguntas. Sempre é essencial confirmar com o paciente, para garantir que o significado se mantenha depois da edição feita pelo terapeuta. Eis alguns exemplos de edição adequada para pensamentos automáticos relacionados a uma reunião iminente com a família do novo namorado:

Antes: *E se eles não gostarem de mim?*

Depois: *Eles não vão gostar de mim.*

Antes: *Se eu não tiver a aprovação deles, Joe não vai querer ficar comigo.*

Depois: *Não vou ter a aprovação deles. Joe não vai querer ficar comigo.*

Em nossa experiência, pensamentos automáticos na forma de questões costumam ocultar afirmações absolutas que a pessoa ainda não está disposta a fazer. No exemplo

anterior, a pergunta “e se eles não gostarem de mim?” pode estar relacionada a medos arraigados da paciente sobre as pessoas gostarem dela e a aceitarem, como indica o pensamento automático revisado. Às vezes, o paciente prefere uma formulação menos absoluta, como “eles podem não gostar de mim”. Nesse momento, é melhor simplesmente usar a interpretação escolhida pelo paciente. Mais adiante, pode-se desafiar o paciente e perguntar se a formulação mais absoluta de um pensamento automático é a mais correta.

O tratamento tem mais êxito quando todos os aspectos dos esquemas relacionados à ansiedade social estão envolvidos e, assim, mais abertos para a contribuição de informações desconfirmatórias. Conectar os pensamentos automáticos ao afeto é essencial para o processamento emocional e a evocação plena dos esquemas. Qualquer discussão sobre pensamentos automáticos deve incluir um questionamento sobre como o paciente se sentiu ao ter o pensamento. Qualquer material afetivo deve incluir um questionamento sobre o que o paciente estava pensando quando teve aquele pensamento.

Passo 2 da reestruturação cognitiva: erros de pensamento

O segundo passo na reestruturação cognitiva, a identificação de erros de pensamento, visa a rotular os erros lógicos nos pensamentos automáticos. Como veremos nas seções a seguir, alguns pensamentos automáticos não possuem erros lógicos, mas são desadaptativos por outras razões. Uma das principais funções da identificação de erros de pensamento é que força o paciente a se distanciar de seus pensamentos automáticos e a considerá-los de modo objetivo. Embora se faça um esforço para garantir que os pacientes identifiquem os erros de pensamento corretamente em um determinado pensamento automático, se eles con-

seguirem fazer um argumento razoável em favor de uma determinada classificação, isso provavelmente será suficiente. A maioria dos pensamentos automáticos contém mais de um erro de pensamento, e a aplicação aos erros de pensamento do paciente costuma revelar informações úteis sobre o significado pessoal de um pensamento automático comum.

Na terapia em grupo, geralmente apresentamos cada erro de pensamento com uma descrição breve e um exemplo. Isso pode ser muito tedioso na terapia individual. Portanto, é melhor explicar o conceito geral e depois destacar alguns dos erros de pensamento mais comuns (p. ex., pensamento tudo-ou-nada e de adivinhação) com exemplos. Para pacientes que tiverem lido o Capítulo 5 do manual antes da sessão, uma abordagem alternativa é explicar o conceito geral e pedir para os pacientes explicarem quais erros de pensamento parecem se encaixar mais em suas experiências, e por quê. A última categoria na Tabela 5.1 do manual, “Pensamentos improdutivos e inúteis”, também deve ser enfatizada especificamente. Em particular, geralmente enfatizamos que, se outros erros de pensamento puderem ser aplicados a um pensamento automático, talvez ele não deva ser rotulado como um exemplo de pensamento improdutivo e inútil. Pacientes com um maior grau de crença em seus pensamentos automáticos podem tentar utilizar essa categoria em detrimento de outras que confirmem mais a noção de que há um erro lógico ou viés de interpretação no pensamento (p. ex., insistir que um pensamento como “Todos acharam que eu fiz papel de bobó” é verdadeiro mas provoca ansiedade, em vez de ser um exemplo de rotulação, leitura mental, etc.). Além disso, exemplos verdadeiros de pensamento improdutivo e inútil (p. ex., “Nunca convidei ninguém para sair antes” [se isso realmente for verdade para o paciente]) podem ser pensamentos superficiais que podem ser investigados com questões para descobrir o que o paciente realmente teme (p. ex., “O

que provoca ansiedade nisso?”). As respostas a essas perguntas muitas vezes revelam novos pensamentos automáticos com erros de pensamento óbvios (p. ex., “Não sei o que dizer para convidá-la” ou “Ela vai ver que eu sou novo nisso e vai me julgar negativamente por ser tão inexperiente”).

Enquanto paciente e terapeuta praticam como categorizar pensamentos automáticos de uma vinheta (Beth e sua entrevista de emprego, ou uma vinheta de escolha do terapeuta), o terapeuta pode dar tempo para o paciente ler as descrições para encontrar a correta. Embora pacientes que temem cometer erros ou que fiquem muito ansiosos na sessão possam hesitar inicialmente, a maioria dos pacientes entende o conceito geral rapidamente. Se o paciente está tendo dificuldade, experimente incentivar e orientar levemente (p. ex., “Eu estava pensando que esse pensamento podia se encaixar em catastrofização. Você enxerga como isso poderia ser?”). Se o paciente parece estar preso exclusivamente a um ou dois erros de pensamento para descrever uma variedade de pensamentos, uma boa alternativa é sugerir outros que também possam se aplicar, além de estimular o paciente a pensar de maneira flexível sobre os pensamentos automáticos.

O próximo passo é trabalhar com os pacientes para a identificação dos erros de pensamento os quais caracterizam os pensamentos automáticos que registraram como parte da sua tarefa de casa da sessão anterior (Quadro 2.3 – Monitorando os três componentes da ansiedade social). A maioria dos pacientes faz isso facilmente, mas, de um modo geral, os pacientes hesitam mais para aplicar erros de pensamento aos seus próprios pensamentos automáticos do que aos da vinheta. Às vezes, é interessante usar a abordagem “e se?”: “Se houvesse um erro nesse pensamento, qual poderia ser?”. Isso dilui as preocupações do paciente de que seu pensamento esteja “errado”. Mais uma vez, o terapeuta pode fazer sugestões simples para pacientes com dificuldades.

Ensinar os erros de pensamento é mais fácil se o terapeuta tiver experiência no

uso das categorias. Terapeutas novos a essa abordagem podem estudar as páginas 73-81 do manual do paciente para entender melhor as categorias de erros de pensamento. Também é importante considerar os pensamentos automáticos que os pacientes relataram em sessões anteriores e como podem ser categorizados. Ao longo do manual, há diversas listas de pensamentos automáticos comuns, e essa discussão normalmente apresenta exemplos de erros de pensamento.

Prévia das habilidades de reestruturação cognitiva que serão trabalhadas

Esta seção enfatiza os dois primeiros dos quatro passos da reestruturação cognitiva: (1) identificação de pensamentos automáticos e das emoções que eles causam e (2) análise de erros de pensamento nos pensamentos automáticos. A seguir, o terapeuta (e o paciente, se possível) introduz os próximos passos, “respondendo” aos pensamentos automáticos. Terapeutas inexperientes podem utilizar as questões desafiadoras (Figura 6.1 do manual) para demonstrar como desafiar pensamentos automáticos. Na página 94 do manual do paciente, há uma refutação racional para a vinheta de Susan, que estava ansiosa por ter que falar em público. É importante enfatizar que os pacientes não precisam acreditar nos desafios neste momento. O propósito aqui é introduzir a ideia de questionar pensamentos automáticos em vez de considerá-los fatos estabelecidos. Esse costuma ser um segmento bastante breve, o qual termina a sessão em um tom positivo.

Tarefa de casa

A tarefa de casa ao final do Capítulo 5 é a primeira de uma série de três tarefas as quais conduzem a uma reestruturação cognitiva plenamente integrada e uma exposição conforme o ritmo do paciente, utilizando o Quadro 7.1 (Seja o seu pró-

prio terapeuta cognitivo). Desta vez, os pacientes devem usar o Quadro 5.2 (Monitorando seus pensamentos automáticos) para monitorar seus pensamentos automáticos e as emoções que causam em uma ou duas situações naturais durante a semana. A ficha também pede que os pacientes avaliem o seu grau de crença nos pensamentos automáticos em uma escala de 0 a 100, onde números maiores indicam maior confiança na veracidade do pensamento automático. Por enquanto, essa avaliação é apenas para prática. Mais adiante, pode ser usada para ajudar a enxergar a efetividade do trabalho de reestruturação cognitiva do paciente. Certifique-se de informar ao paciente que, se nenhuma ocorrer, ele deve imaginar uma situação que provoque ansiedade e fazer o registro. Esses pensamentos automáticos serão utilizados nos exercícios subsequentes.

Soluções para dificuldades comuns

O paciente não consegue identificar pensamentos automáticos

Ocasionalmente, os pacientes continuam a ter dificuldade para identificar seus pensamentos. Nesse caso, o terapeuta deve demandar um pouco do tempo da sessão para revisar uma ou duas situações extras para praticar como evocar os pensamentos. Pode-se estimular o paciente a considerar o que outra pessoa poderia pensar nessa situação ou o que tem medo que possa acontecer. Como último recurso, o terapeuta pode comentar o que outros pacientes socialmente ansiosos pensaram em situações semelhantes, para ver se isso se aplica para o paciente em questão. Talvez o paciente consiga descrever uma imagem da situação, a qual possa ser traduzida em afirmações verbais. Para começar, pode-se registrar tudo no quadro, incluindo emoções, pensamentos positivos, comportamentos e reações fisiológicas, na esperança de que haja alguns pensamentos

automáticos nessa mistura ou que possam ser derivadas de outras reações. Por exemplo, “sinto que estou começando a corar” pode levar ao pensamento automático “ele vai perceber que eu estou corando”. Então, explora-se a razão pela qual alguém ver que o paciente está corando poderia ser um problema, bem como outros pensamentos automáticos que possam surgir dessa discussão.

Se, ao final das primeiras exposições na sessão, o paciente continuar a ter dificuldade com os aspectos cognitivos do tratamento, as atividades de reestruturação cognitiva podem ser simplificadas, colocando-se maior ênfase na exposição. É relativamente raro que os pacientes não consigam identificar alguns pensamentos automáticos quando estão nas situações reais.

O paciente não consegue identificar emoções

Para ajudar pacientes que tenham dificuldades na identificação de suas emoções, devemos utilizar habilidades com foco nas emoções. Eis um exemplo de como isso pode ser feito:

Terapeuta: Escrevemos no quadro que um dos pensamentos automáticos que você tem quando tenta conversar com os gerentes ou superiores em eventos sociais do trabalho era que eles não iam querer falar com você.

Paciente: Não mesmo. Eu não sou uma pessoa muito otimista, então costumo pensar coisas assim.

Terapeuta: OK. Vamos tentar conectar esse pensamento automático um pouco mais aos sentimentos que você pode sentir. Sente-se por um momento e imagine-se naquela última festa de fim de ano que você descreveu e pense “o gerente não quer falar comigo” e depois preste atenção em como isso faz você se sentir.

Paciente: (Depois de uma breve pausa) Acho que é um pouco frustrante.

Terapeuta: Você fica frustrado.

Paciente: Sim, frustrado porque sei que sou um bom funcionário, mas nunca vou progredir porque pareço um idiota quando fico com medo nessas situações.

Terapeuta: Parece que você fica frustrado porque a sua ansiedade social está lhe atrasando profissionalmente e talvez esteja um pouco desencorajado de que isso possa mudar.

Paciente: Sim, já tentei muito ser mais sociável, mas talvez eu tenha nascido tímido.

Terapeuta: Isso é bom. Você conseguiu identificar três sentimentos que advêm do pensamento automático “o gerente não quer falar comigo” – frustrado, com medo e desencorajado. Pode ser difícil prestar atenção nesses sentimentos no começo, mas é importante, porque reconhecer os sentimentos, às vezes, leva a outros pensamentos automáticos muito importantes.

Os terapeutas com formação em abordagens que não a TCC podem se sentir tentados a continuar explorando a rigidez potencial no autoconceito ou na personalidade tímida do paciente. Isso não seria adequado neste momento, pois o objetivo é ensinar ao paciente os primeiros passos da reestruturação cognitiva. Embora essas atribuições caracterológicas possam ter uma forte carga afetiva e ser importantes, talvez sua exploração não seja essencial para a superação da ansiedade social. À medida que o paciente começa a enxergar o progresso, é provável que essa questão se resolva por conta própria. Depois de instaladas as habilidades,

pode-se fazer uma exploração mais profunda de uma questão central, geralmente no contexto de uma exposição. O paciente estará na posição de se beneficiar verdadeiramente do tempo e de esforço empregados.

Prática adicional em evocar pensamentos automáticos

Se o terapeuta acredita que o paciente pode precisar de prática adicional nos dois primeiros passos do processo de reestruturação cognitiva, podem-se apresentar novas vinhetas. O paciente pode descrever os pensamentos automáticos que teria, se a situação é relevante para ele, ou pode imaginar o que outra pessoa poderia pensar na situação. Vinhetas sugeridas são:

- Propor um brinde em um casamento.
- Começar uma conversa com uma pessoa estranha em uma festa.
- Começar uma conversa enquanto espera em uma fila (p. ex., loja, banco, academia, Departamento de Trânsito).
- Encontrar um conhecido com quem não fala há muito tempo.
- Pedir instruções a um estranho.
- Devolver uma compra em uma loja sem ter o recibo.

REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA: DESAFIANDO PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

10

(corresponde ao Capítulo 6
do manual do paciente)

Cronograma

Geralmente uma sessão

Materiais necessários

- Cópia do manual do paciente
- Quadro-branco
- Social Anxiety Session Change Index (SASCI)
- Gráfico semanal do Social Anxiety Session Change Index (mesma cópia usada na última sessão)
- Tabela 5.1 (Lista de erros de pensamento)
- Figura 6.1 (Questões desafiadoras)
- Quadro 6.1 (Prática no uso do diálogo *Self Ansioso/Self Poderoso*)
- Quadro 6.2 (Prática em reestruturação cognitiva)

Sumário da sessão

- Revisar, pontuar e graficar o SASCI
- Revisar tarefa de casa
- Desafiar pensamentos automáticos
- Utilizar respostas racionais
- Designar tarefa de casa
- Preparar para primeira sessão de exposição, se as exposições forem começar na próxima sessão

Tarefa de casa

- Paciente preenche o Quadro 6.2 (Prática em reestruturação cognitiva)
 - Instruir o paciente a ler o Capítulo 7 do manual, se as exposições forem começar na próxima sessão
-

Visão geral

O Capítulo 6 do manual aborda os passos restantes da reestruturação cognitiva. Ele se baseia nos dois primeiros passos, a identificação dos pensamentos automáticos e das emoções que eles causam e a identificação de erros de pensamento, desenvolvidos no Capítulo 5. Como no Capítulo 5, a sessão começa com uma revisão do SASCI e das tarefas de casa. Depois disso, cada conceito é abordado separadamente, primeiramente com vinhetas neutras e depois pela aplicação às experiências do paciente. A tarefa de casa para a semana seguinte envolve aplicar todas as habilidades de reestruturação cognitiva a uma situação natural. Também é feita uma breve discussão em antecipação à primeira exposição na sessão.

SASCI e revisão das tarefas de casa

Comece a sessão administrando o SASCI e plotando o escore no gráfico semanal do Social Anxiety Session Change Index do paciente.

Nesse ponto, a maioria dos pacientes já estará na rotina de fazer tarefas de casa todas as semanas. Se a tarefa foi feita, pode-se postergar a revisão detalhada da tarefa para monitorar e rotular pensamentos automáticos (Quadro 5.2 – Monitorando seus pensamentos automáticos), pois essa informação é bastante utilizada na sessão. Porém, o terapeuta deve reconhecer a conclusão da tarefa e informar que o material será aplicado ao longo da sessão.

Se o paciente não preencheu o Quadro 5.2, deve preenchê-la no começo da sessão, pois o material deve ser utilizado para ensinar os passos restantes da reestruturação cognitiva. São necessários apenas três ou quatro pensamentos automáticos para o trabalho subsequente. Se a adesão à tarefa de casa for um problema constante,

revise as estratégias apresentadas no Capítulo 4 deste guia do terapeuta para aumentar a adesão às tarefas de casa. Na próxima uma ou duas semanas, a tarefa começará a envolver exposições terapêuticas *in vivo*, as quais provavelmente não serão concluídas se o paciente não tiver feito uma forma menos ameaçadora de automonitoramento. A adesão às tarefas de casa é tão importante que talvez valha a pena postergar o início das exposições em uma ou duas semanas para fazer prática adicional com as habilidades cognitivas, demandando o tempo da sessão em resolução de problemas ou reestruturação cognitiva sobre a importância das tarefas de casa, se a adesão ainda for baixa (p. ex., raramente tentar fazer as tarefas de casa). Também é importante fazer a leitura do próximo capítulo designado, mas isso está mais relacionado à eficiência, pois o terapeuta pode abordar o material na sessão.

Passo 3 da reestruturação cognitiva: questões desafiadoras

A última sessão trabalhou os dois primeiros passos da reestruturação cognitiva, identificar os pensamentos automáticos e as emoções que eles causam e identificar erros de pensamento. Depois que o paciente tiver uma compreensão rudimentar dos erros de pensamento, o terapeuta deve avançar para o Passo 3 da reestruturação cognitiva – desafiar os pensamentos automáticos utilizando questões desafiadoras. A principal habilidade a ser ensinada envolve colocar o pensamento automático em um espaço relevante na lista de questões desafiadoras encontrada no manual (Figura 6.1) e responder a pergunta. Depois de uma breve explicação, o terapeuta orienta o paciente a praticar com pensamentos automáticos da vinheta em que foram categorizados anteriormente. O pensamento automático é a “Voz ansiosa” (a Beth Ansiosa na vinheta no manual do paciente) e a questão desafiadora é a “Voz poderosa”

(Beth Poderosa). Uma vez que o paciente adquire o conceito básico, a prática deve aplicar os pensamentos automáticos do manual do paciente, utilizando o Diálogo *Self* Ansioso/*Self* Poderoso (Quadro 6.1).

As questões desafiadoras são apenas um ponto de partida. Há muitas outras perguntas que poderíamos fazer para uma determinada situação ou um pensamento. Por outro lado, é importante utilizar as questões desafiadoras inicialmente, pois elas são a única fonte que o paciente tem quando pratica as habilidades de reestruturação cognitiva por conta própria, e é improvável que o paciente crie muitas questões desafiadoras alternativas nesse momento inicial.

O maior erro que os terapeutas cometem nessa etapa da reestruturação cognitiva é não pedir para o paciente responder às questões desafiadoras. Muitas vezes, isso ocorre porque as respostas parecem óbvias para o terapeuta. Por exemplo, “Eu sei com certeza que não terei o que falar?” pode se tornar um exemplo de leitura mental do terapeuta. Como ninguém pode prever o futuro corretamente, a resposta óbvia é “Não, não sei com certeza”. Todavia, a resposta óbvia para o paciente pode ser “Sim, já estive nessa situação muitas vezes, e sempre dá errado”. Buscando a resposta para a pergunta, o terapeuta pode desafiar o grau de certeza sobre o resultado (“Você tem 100% de certeza?”), a certeza de que o padrão se repetirá (“Não ter o que falar da última vez tem que ser igual a não ter o que falar nesta conversa?”), ou a extensão do problema (“Quais evidências você tem de que não terá *nada* para falar?” [grupo do autor]).

Outro padrão problemático ocorre quando o terapeuta propõe uma série de questões desafiadoras, e o paciente responde com uma série de pensamentos automáticos. Por exemplo, um paciente identificou o pensamento automático “Todos verão como eu estou ansioso”. O terapeuta então propõe uma questão desafiadora, como “Você tem alguma evidência de que algumas pessoas podem nem sequer notar

que você está corando?”), à qual o paciente responde: “Pessoas já comentaram como eu fico vermelho, então eu sei que fica muito óbvio para todos quando eu corro”. O terapeuta pode propor outra questão desafiadora, como: “Você sabe com certeza que fica óbvio para todos quando cora?”, à qual o paciente responde: “Não vejo como alguém poderia não notar”, e assim por diante. Não é incomum que esse padrão de interação faça o paciente e o terapeuta se sentirem frustrados e mal-compreendidos. Há várias abordagens para trabalhar com esse padrão problemático. Uma é o terapeuta garantir que quem propõe as questões desafiadoras seja o paciente. Os pacientes muitas vezes dão respostas menos defensivas quando questionam seus próprios pensamentos do que quando respondem à mesma pergunta feita pelo terapeuta. Deixar que o paciente tome a frente e faça as perguntas pode ser muito difícil para terapeutas iniciantes, os quais são ávidos para ajudar os pacientes a mudar seu modo de pensar, mas impacientes com pacientes que tenham dificuldade para encontrar maneiras de questionar seus pensamentos automáticos, quando alguns caminhos possíveis de questionamento parecem tão óbvios para o terapeuta. Além disso, pode ajudar se o terapeuta rotular a resposta distorcida explicitamente como um pensamento automático, e não como a alternativa realista ao pensamento automático original que a questão desafiadora pretendia evocar. No exemplo apresentado, o terapeuta pode responder à primeira resposta do paciente, dizendo:

Esse é um pensamento automático importante. Vamos acrescentar à nossa lista. “Quando eu corro, fica muito óbvio, pois as pessoas já comentaram isso no passado”. OK, vamos voltar ao pensamento original, “Todos verão como eu estou ansioso”. Lembre-se que o objetivo das questões desafiadoras é praticar como assumir uma perspectiva alternativa que seja mais realista e provoque menos ansiedade. Qual ques-

tão desafiadora da lista poderia ajudá-lo a fazer isso? Também não há problema se você não acreditar 100% em sua resposta à questão desafiadora neste momento.

Em nossa experiência utilizando esta parte do manual do paciente, observamos que os pacientes muitas vezes não reconhecem que suas respostas às questões desafiadoras contêm pensamentos automáticos. Os pacientes podem repassar os diálogos *Self Ansioso/Self Poderoso* rapidamente, sem realmente explorarem as respostas e proporem novas questões desafiadoras. Ao contrário, eles tendem a avançar para o próximo pensamento automático da lista original. É importante desacelerar o processo na sessão e pedir para os pacientes realmente considerarem suas respostas, para ver se são úteis ou produtivas. No manual, isso é descrito como pensamentos automáticos que podem estar “ocultos sob” outros pensamentos automáticos, um processo conhecido para terapeutas experientes, mas muitas vezes novo para os pacientes.

Além disso, o terapeuta deve ter em mente que o diálogo *Self Ansioso/Self Poderoso* é uma ótima ferramenta intermediária para aprender essas habilidades. Logo, na próxima uma ou duas sessões, muitos pacientes podem se afastar dessa estrutura e optar por um processo mais flexível para explorar pensamentos automáticos e questões desafiadoras e respostas de maneira dinâmica. Observe que, em sessões subsequentes do manual, esse formato explícito desaparece.

Geralmente, dois a quatro desafios diferentes para cada quatro ou cinco pensamentos automáticos serão prática suficiente. Embora o objetivo seja aprender a habilidade, e não necessariamente mudar os pensamentos automáticos do paciente, os pacientes muitas vezes têm uma reação positiva ao exercício. Quando enxergam que seu pensamento é disfuncional e começam a considerar outros pontos de vista, o poderoso efeito de mudar seu pensamento se torna realidade.

Como acontece no trabalho com os erros de pensamento, esse material é mais

efetivo se o terapeuta tiver um conhecimento minucioso dos procedimentos. É importante prever os pensamentos automáticos que o paciente provavelmente trará e ensaiar utilizando questões desafiadoras variadas.

Passo 4 da reestruturação cognitiva: gerando respostas racionais

Gerar respostas racionais é a etapa mais difícil para pacientes e terapeutas iniciantes aprenderem. O objetivo é gerar uma frase ou uma afirmação que sintetize os pontos mais importantes encontrados ao desafiar um pensamento automático com questões desafiadoras. Nesse ponto, (e provavelmente nas primeiras sessões com exposições), o terapeuta talvez tenha que fazer sugestões de respostas racionais. De maneira ideal, o terapeuta e o paciente sintetizam os pontos encontrados na reestruturação cognitiva anterior, e isso agrega os conceitos o suficiente para que o paciente gere uma resposta racional. Por exemplo, utilizando a situação de Beth e sua entrevista iminente, apresentada no manual, o terapeuta pode dizer: “Então, você mostrou vários pontos aqui. Você disse que gostaria de causar uma boa impressão, mas que talvez consiga compensar se não causar. Eles já têm uma boa impressão de você, por causa do seu currículo, ou não a teriam chamado para a entrevista. Você tem mais do que a experiência mínima exigida para o trabalho. Você consegue sintetizar esses pontos em uma resposta racional a qual possa lembrá-la deles quando estiver ansiosa com a entrevista?”. Se isso for insuficiente, o terapeuta pode dar uma ideia e ajudar a paciente a colocá-la em suas próprias palavras. Continuando com o mesmo exemplo, o terapeuta poderia dizer: “Quem sabe algo sobre já ter causado uma boa impressão com seu currículo para conseguir a entrevista?”. Se a paciente continuar a ter dificuldade, o terapeuta

pode simplesmente fazer algumas sugestões e deixar que ela escolha a que melhor se encaixar: “Quem sabe ‘eu sou qualificada para esse emprego’ ou ‘eles gostaram de mim o suficiente para me entrevistar?’”.

Os pacientes e terapeutas não devem hesitar em aplicar as respostas racionais sugeridas na página 93 do manual, sintetizadas na Tabela 10.1 a seguir.

Tabela 10.1 Respostas racionais comuns

Procurar falta de equivalência

_____ ≠ _____

A primeira lacuna é algo que preocupa você, como parecer nervoso, ser rejeitado, sentir um sintoma de ansiedade, e coisas do gênero. A segunda é um resultado que preocupa você, como não conseguir algo que deseja. Alguns exemplos são:

Parecer nervoso ≠ parecer tolo

Ser rejeitado ≠ ficar sozinho para sempre

Não conseguir este trabalho ≠ nunca conseguir um bom trabalho

Corar ≠ parecer estúpido

Ficar ansioso ≠ parecer ansioso

O pior que poderia acontecer . . .

O pior que poderia acontecer é _____ e eu consigo viver com isso.

O pior que poderia acontecer é _____, mas isso é improvável.

Definir objetivos alcançáveis como Respostas Racionais

Eu só preciso dar oi.

Eu só tenho que aguentar os primeiros minutos e tudo ficará bem.

Só tenho que passar três ideias.

Tarefa de casa

A tarefa de casa para o Capítulo 6 do manual do paciente é o próximo passo para usar o Quadro 7.1 (Seja o seu próprio terapeuta cognitivo), que é apresentado no Capítulo 7 do manual. O Quadro 6.2 (Prática em reestruturação cognitiva) novamente pede que o paciente monitore uma situação natural durante a semana, aplicando depois todos os quatro passos da reestruturação cognitiva. Essa será a primeira oportunidade para os pacientes tentarem todo o procedimento de reestruturação cognitiva sozinhos. O diálogo *Self Ansioso/Self Poderoso* ajudará a desafiar os pensamentos automáticos. Esse formato será abandonado na próxima iteração desse quadro, à medida que os pacientes adquirirem maior confiança com as habilidades e se sentirem confortáveis com mais flexibilidade. Como na última ficha usada

como tarefa de casa, o Quadro 6.2 pede que os pacientes avaliem seu grau de crença nos pensamentos automáticos, em uma escala de 0 a 100. Uma avaliação semelhante do grau de crença é feita para a resposta racional. Essas avaliações ajudam o paciente e o terapeuta a enxergarem o grau de envolvimento emocional do paciente com seus pensamentos automáticos e sua resposta racional. Neste ponto, é aceitável se as avaliações do grau de crença forem altas para os pensamentos automáticos e baixas para a resposta racional. Isso deve mudar quando o paciente tiver sucesso nas exposições.

Essa tarefa de casa é razoavelmente difícil, de modo que é importante incentivar os pacientes a lerem os Capítulos 5 e 6 quando necessário, assim como a ficha preenchida mostrada na Figura 6.1. Como sempre, se não houver situações que provoquem ansiedade antes da próxima sessão, pode-se utilizar uma cena imaginária.

Antecipação da primeira exposição

A primeira exposição na sessão é um momento crucial do tratamento. Pela primeira vez, todos os elementos terapêuticos se unem. Todavia, a exposição é uma situação imprevista, com expectativas desconhecidas as quais podem evocar muita ansiedade antecipatória. Portanto, o terapeuta deverá exercer cautela e firmeza ao iniciar a primeira exposição.

Se o paciente tiver uma compreensão razoável dos procedimentos de reestruturação cognitiva, é hora de passar para a primeira exposição. (Uma “compreensão razoável” é definida como ser capaz de passar de um passo para outro conforme as indicações do terapeuta e entender que o propósito é considerar pontos de vista alternativos sobre os pensamentos automáticos.) A primeira exposição exige mais tempo do que a sessão típica propicia, e recomendamos que seja marcada uma sessão ampliada de 90 minutos. Se houver tempo extra na sessão dedicada ao material no Capítulo 6 do manual, o terapeuta deve iniciar uma prática adicional com a reestruturação cognitiva, em vez de tentar começar o próximo capítulo. Se o paciente continuar a sentir dificuldade para criar pensamentos automáticos e não parecer dominar os passos da reestruturação cognitiva, é preferível passar mais uma sessão desenvolvendo essas habilidades. O terapeuta e o paciente podem identificar outras situações que provoquem ansiedade e trabalhar a prática de reestruturação cognitiva. A tarefa de casa no Capítulo 6 pode ser repetida para proporcionar prática adicional entre as sessões.

Quando o terapeuta decide iniciar uma exposição na sessão, o paciente e o terapeuta devem revisar brevemente o que a exposição acarreta no final da sessão imediatamente anterior. O objetivo é informar o paciente para que não se surpreenda ou assuste e recorra à evitação. É importante reconhecer explicitamente que os pacientes

são prováveis de ter um pouco de ansiedade antecipatória durante a semana precedente, mas que o começo da exposição significa que estão progredindo conforme o esperado no tratamento. É hora de começar a aplicar algumas das novas habilidades. Contudo, como o paciente pode estar muito ansioso e querer fugir da situação, é importante manter o máximo de flexibilidade em relação à situação específica que será foco da exposição, de modo que não se devem prometer situações ou tópicos específicos nesse momento. Lembre aos pacientes que a exposição é gradual e que começará com uma situação com a qual possam lidar. Além disso, a situação será determinada em uma negociação entre o paciente e a terapeuta.

Sempre mencionamos também que o paciente pode ter uma tendência a evitar a próxima sessão. Discutindo essa possibilidade explicitamente, o paciente compreende que qualquer cancelamento por doença ou uma emergência será tratado com certo ceticismo. É claro, podem surgir conflitos verdadeiros em relação à sessão, mas isso é raro. A antecipação da primeira exposição é uma oportunidade perfeita para praticar as habilidades de reestruturação cognitiva. Isso pode ser feito dentro da sessão (para pacientes que estejam extremamente preocupados) ou como uma prática adicional entre as sessões (para a maioria dos pacientes). A questão é que o terapeuta quer comunicar que a antecipação da primeira exposição é uma situação a qual provoca ansiedade, mas que acredita que o paciente é plenamente capaz de enfrentar essa ansiedade. O terapeuta nunca deve transmitir a noção de que a ansiedade deve ser evitada. A comunicação verbal e não verbal do terapeuta deve indicar claramente a sua empatia e a sua compreensão de que esse é um fato que provoca ansiedade, mas, de maneira mais importante, que é um próximo passo rotineiro o qual o paciente está preparado para enfrentar. Uma exploração empática prolongada da ansie-

dade do paciente somente irá aumentá-la. Um foco prático em aplicar as habilidades de reestruturação cognitiva para controlar a ansiedade e o compromisso com a aproximação, em vez de evitação, são mais produtivos.

Soluções para dificuldades comuns

O paciente é incapaz de relatar pensamentos automáticos ou relata sempre os mesmos

Em alguns casos, o paciente chega a este ponto da terapia e continua a ter dificuldade para identificar pensamentos automáticos ou sempre relata os mesmos pensamentos (p. ex., “Vou ficar ansioso”). Conforme discutido no Capítulo 9, pode-se tentar inferir quais podem ser os pensamentos automáticos ou as implicações dos poucos pensamentos automáticos que o paciente relata. Neste momento, a melhor opção é utilizar a exposição como um veículo para a geração de pensamentos automáticos adicionais. Às vezes, a imediatez da situação torna mais fácil para os pacientes identificarem seus pensamentos. Se isso não funcionar, os aspectos cognitivos do tratamento podem ser desenfaturados, como será discutido no Capítulo 12 deste guia do terapeuta.

O paciente não compreende as habilidades de reestruturação cognitiva

Os pacientes são bastante variáveis na velocidade em que desenvolvem habilidades de reestruturação cognitiva. Alguns pacientes compreendem a noção da análise lógica e estão ávidos para aplicá-la em situações reais. Outros têm mais dificuldade, por inúmeras razões. Às vezes, pode-se utilizar uma sessão extra para praticar os quatro passos da reestruturação cognitiva em situações relevantes para os problemas do paciente. Se o paciente continua a ter dificuldade após a prática extra, é necessá-

rio considerar possíveis causas para essa dificuldade.

Pacientes com pouca formação educacional ou capacidade intelectual talvez não façam as conexões lógicas que fundamentam a reestruturação cognitiva de forma rápida e fácil. Nesses casos, é suficiente simplificar os procedimentos da seguinte maneira: (a) concentrem-se em um pensamento automático simples de cada vez, escolham apenas um erro de pensamento possível, utilizem questões curtas e simples para desafiar o pensamento automático, e o terapeuta deve sugerir a resposta racional; (b) tente desenvolver uma resposta racional a qual se aplique a muitas situações e incentive o paciente a usá-la rotineiramente; (c) se a identificação de erros de pensamento for problemática, reduza a lista para apenas os dois ou três mais comuns para o paciente ou elimine essa etapa totalmente; e (d) escreva mais notas no quadro, para que o paciente ouça e leia o material.

Ocasionalmente, os pacientes estão tão ansiosos na sessão que têm dificuldade para usar as habilidades de reestruturação cognitiva. Nesses casos, o trabalho que fazem como tarefa de casa costuma ser bastante bom, de modo que fica claro que sabem utilizar os procedimentos. À medida que o paciente se sente mais confortável na sessão, o problema se resolve sozinho. O terapeuta pode facilitar o conforto do paciente sendo solidário, reconhecendo a ansiedade e evitando desencadear medos de avaliações negativas. Em particular, pausas longas enquanto se espera a resposta do paciente raramente são produtivas para pacientes muito ansiosos. Às vezes, pode-se tentar aplicar as habilidades de reestruturação cognitiva à situação de vir à sessão. Discutir explicitamente a ansiedade do paciente na sessão o liberta de ter que ocultá-la do terapeuta. Além disso, o terapeuta pode reconhecer o maior conforto com a exposição repetida a sessões de terapia, à medida que se torna visível.

A reestruturação cognitiva é um modo bastante ocidental e analítico de pensar.

A maioria das pessoas que vivem em culturas ocidentais deve ser capaz de utilizar as análises lógicas dos terapeutas com formação ocidental. Todavia, os terapeutas devem ser sensíveis aos estilos de pensamento e sistemas de crenças dos pacientes. Certos resultados ou interpretações do comportamento interpessoal podem ser culturalmente específicos, mas parecer ilógicos para um terapeuta que não compartilhe a mesma origem cultural. Por exemplo, a aceitabilidade de comportamentos muito assertivos varia conforme a cultura e o gênero, tornando mais ou menos válido o pensamento automático do paciente de que esse comportamento levará a rejeição. Além disso, certas pessoas pensam mais de um modo não verbal ou *gestalt*, o qual torna análises detalhadas dos significados específicos de palavras ou probabilidades um pouco alheias a elas. Por exemplo, na página 142 do manual do paciente, decompomos os significados possíveis do ato de apertar a mão em nove segmentos probabilísticos em um gráfico de pizza. Com um pensador menos analítico, poderíamos simplesmente desenhar uma balança no quadro e “empilhar” os significados possíveis no lado positivo ou negativo para criar uma noção geral do “peso” das evidências. A ideia geral da balança derivada dessa estratégia tem apelo para certos pacientes, para os quais a noção de probabilidades condicionais seja incompreensível.

Ao considerar o estilo e a cultura da pessoa, o terapeuta deve fazer um cuidadoso ato de equilíbrio, estimulando o paciente a utilizar novas habilidades, mas mantendo essas habilidades em um contexto familiar, com base nas potencialidades do paciente. Afinal, se os recursos próprios do paciente fossem suficientes, ele não estaria procurando tratamento. Por outro lado, técnicas de enfrentamento que sejam inteiramente dissonantes da visão de mundo do paciente são improváveis de ser utilizadas a longo prazo. Nesses casos, a melhor opção pode

ser utilizar uma mistura. Por exemplo, a um paciente muito religioso, pode-se utilizar a seguinte resposta racional para o medo de começar conversas: “Vou dar ‘oi’ e dizer mais alguma coisa, então esperar que Deus não me deixe entrar em uma situação com a qual Ele e eu não possamos lidar juntos”. Essa resposta inclui uma estratégia de enfrentamento que é padrão na terapia cognitivo-comportamental – definir um objetivo razoável. Todavia, ela também utiliza as crenças espirituais do paciente para enfatizar que a ansiedade não sairá do controle.

O paciente tem dificuldade no desenvolvimento de uma resposta racional

Conforme observado anteriormente, este costuma ser o passo mais difícil dos procedimentos de reestruturação cognitiva, para os pacientes e para terapeutas iniciantes. Muitas vezes, nas primeiras iterações do procedimento na sessão e como tarefa de casa, o paciente precisa de apoio substancial para encontrar uma resposta racional. Na sessão, o terapeuta pode acabar sugerindo a resposta racional, ajudando o paciente a colocá-la em suas próprias palavras. Na tarefa de casa, o paciente pode simplesmente utilizar algumas das sugestões do livro ou uma que tenha sido utilizada antes. O terapeuta pode contribuir para os esforços do paciente sintetizando as respostas para as questões desafiadoras de um modo que comece a implicar respostas racionais potenciais. Uma boa alternativa é escrever as respostas para as questões desafiadoras no quadro na sessão ou no papel para a tarefa de casa com o quadro “Seja o seu próprio terapeuta cognitivo”. Em vez de tentar criar uma pequena frase que seja lembrada imediatamente, resumos mais longos das respostas às questões desafiadoras podem ser elaborados e transformados em uma ideia básica a qual seja uma resposta racional adequada e concisa.

EXPOSIÇÃO E REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA: A PRIMEIRA EXPOSIÇÃO

11

(corresponde ao Capítulo 7
do manual do paciente)

Cronograma

Deveria ser uma sessão, mas pode ser uma sessão expandida, com duração de até 90 minutos.

Materiais necessários

- Cópia do manual do paciente
- Quadro-branco
- Social Anxiety Session Change Index (SASCI)
- Gráfico semanal do Social Anxiety Session Change Index (mesma cópia usada na última sessão)
- Tabela 5.1 (Lista de erros de pensamento)
- Figura 6.1 (Questões desafiadoras)
- Quadro para registrar informações durante exposições na sessão as quais possam servir como notas de progresso na sessão (ver página 110 deste guia)
- Quadro 7.1 (Seja o seu próprio terapeuta cognitivo)

Nota do terapeuta

- Você precisará de aproximadamente 20 cópias do Quadro 7.1 e 6 a 10 cópias do quadro para registrar informações no decorrer do tratamento.

Sumário da sessão

- Revisar, pontuar e graficar o SASCI
- Revisar tarefa de casa
- Revisar a fundamentação para exposição sistemática gradual
- Fazer primeira exposição na sessão, incluindo:
 - Identificar a situação
 - Reestruturação cognitiva
 - Definir um objetivo comportamental
 - A exposição em si

- Fazer o relato da exposição
- Designar tarefa de casa

Tarefa de casa

- Paciente preenche Quadro 7.1 (Seja o seu próprio terapeuta cognitivo)
- Instruir o paciente a ler o Capítulo 8 do manual; a leitura de um dos Capítulos 9, 10 ou 11 pode ser indicada neste momento

Nota do terapeuta

- É provável que a sessão na qual se realiza a primeira exposição dure mais de uma hora. É importante revisar brevemente a fundamentação para a exposição e repassar cuidadosamente todo o processo de como é feita a exposição: planejamento, pré-processamento, a exposição em si e pós-processamento. Além disso, você deverá planejar a primeira exposição fora da sessão e a próxima exposição na sessão. Portanto, uma boa ideia seria programar uma hora e meia para essa sessão
-

Visão geral

Como sempre, a sessão deve iniciar com uma rápida revisão do SASCI e da tarefa de casa da sessão anterior. O terapeuta deve cuidar para que o paciente não tente estender essa discussão, como forma de evitação para a exposição iminente.

A primeira exposição na sessão é um dos pontos altos desta terapia. É a primeira oportunidade para integrar plenamente todos os elementos terapêuticos. Até este ponto, tudo se tratava de preparação para enfrentar as situações temidas. A primeira sessão de exposição pode ser um desafio para o terapeuta e o paciente. Contudo, se bem executada, ela é altamente energizante. Os terapeutas experientes geralmente gostam do desafio das exposições, talvez porque muitas vezes resultem em um rápido progresso por parte dos pacientes. Todas as informações necessárias para fazer uma primeira exposição bem-sucedida foram incluídas no Capítulo 7 do manual. Aqui, destacaremos alguns dos pontos principais e faremos algumas sugestões adicionais.

O momento certo para a primeira exposição

Em nossos protocolos de pesquisa para terapia individual, especificamos que a expo-

sição deve ocorrer no máximo, até a oitava sessão do tratamento. Conforme observado, chegou o momento de fazer a exposição se o paciente tiver uma compreensão razoável das habilidades de reestruturação cognitiva. Poucos pacientes serão verdadeiramente proficientes em reestruturação cognitiva, mas suas habilidades se desenvolvem rapidamente à medida que começam a utilizar as técnicas em exposições. Nesse ponto, o paciente também deve estar se sentindo razoavelmente confortável na sessão, embora a ansiedade possa aumentar subitamente na primeira sessão de exposição. A aliança terapêutica deve estar suficientemente desenvolvida, de modo que o paciente possa confiar no terapeuta e conseguir fazer a exposição. O terapeuta também deve saber o suficiente sobre os medos do paciente para desenvolver um cenário de exposição que tenha um nível adequado de dificuldade.

Escolhendo a primeira situação de exposição

As páginas 103-111 do manual contêm informações detalhadas sobre situações apropriadas para a primeira exposição, às quais devem ser revisadas em preparação à primeira sessão de exposição. Antes da sessão, o terapeuta deve revisar a

Hierarquia de medo e evitação do paciente e determinar qual situação provavelmente será dramatizada. Conforme observado no manual, uma situação com um escore de 40 a 50 na Subjective Units of Discomfort Scale (SUDS) na hierarquia é o momento ideal para começar. Se tiver dúvida, procure uma situação que provoque um pouco menos ansiedade. Todavia, o paciente talvez não considere uma vitória a exposição a situações que sejam fáceis demais. Deve-se considerar o uso de adereços ou um rearranjo da mobília para ajudar no cenário.

Com a grande maioria dos pacientes, utilizamos dois tipos de situações para a primeira exposição. Para pacientes com medo de interagir com outras pessoas, preparamos uma conversa casual a qual exija pouco conhecimento especializado para o terapeuta na dramatização. Para indivíduos que procuraram tratamento principalmente devido ao medo de falar em público, pedimos que se sentem e contem uma experiência recente, como se estivessem contando uma história em um grupo casual. Geralmente, um desses dois cenários pode ser adaptado para pacientes que tenham receio de outras situações.

Para a primeira exposição, cenários simples e claros, que exijam pouco “fingimento”, são os melhores. Guarde as situações complexas ou que exijam que a outra pessoa assuma o papel de uma pessoa específica para sessões posteriores. Além disso, a situação deve ser flexível, de modo que possa variar a duração para adaptá-la ao nível de ansiedade do paciente. Situações com objetivos específicos, como fazer um pedido, não funcionam tão bem para a primeira exposição.

Integrando exposição e reestruturação cognitiva

Os terapeutas inexperientes com este tratamento muitas vezes tentam fazer reestruturação cognitiva excessivamente antes da primeira exposição. O objetivo é mostrar ao paciente como a reestruturação cogniti-

va pode ser usada para enfrentar as situações temidas e talvez oferecer um pouco de ajuda inicial com um pensamento automático superficial. O trabalho cognitivo profundo virá depois, pois é provável que o paciente esteja ansioso demais para ele neste momento.

Se o paciente é proficiente em identificar pensamentos automáticos, podem-se registrar cinco ou seis no quadro, mas dois ou três já serão suficientes. O terapeuta deve escolher um pensamento automático (no máximo dois) para a reestruturação cognitiva, certificando-se de tocar brevemente nas emoções evocadas. Concentre-se em pensamentos automáticos que tenham um elemento comportamental, se possível. Boas escolhas são “não terei o que falar”, “não vou saber o que dizer” ou “vou parecer estúpido/incompetente/tolo”. Evite pensamentos que reflitam crenças nucleares sobre a aceitabilidade como pessoa ou a necessidade de ser perfeito ou relacionadas a experiências negativas passadas. Peça ao paciente que avalie seu grau de crença no pensamento automático em questão na escala de 0 a 100.

Um ou dois erros de pensamento podem ser considerados para o pensamento automático em questão, seguidos por desafios com as questões desafiadoras. Geralmente, os desafios podem terminar quando o paciente consegue considerar que há mais de um resultado possível. Pacientes que têm medo de não saber o que dizer geralmente alcançam este ponto quando conseguem criar uma lista de tópicos possíveis. Esses tópicos devem ser registrados no quadro para referência durante a dramatização.

Embora seja fácil pular a etapa de definição de um objetivo comportamental alcançável, esse passo é essencial. Apesar da grande ansiedade que costuma ser evocada pela antecipação à primeira exposição, os pacientes são bastante prováveis de desmerecer a exposição ou de acreditar que falharam completamente porque ficaram ansiosos. O objetivo proporciona uma referência de comum acordo para avaliação

da experiência. Pode-se lembrar aos pacientes que desmerecem a experiência que eles não acreditavam que poderiam alcançar aquele objetivo antes da exposição. Os pacientes que acreditam que fracassaram por ficarem ansiosos podem ser lembrados que o objetivo não era não sentir ansiedade. Muitas vezes, o objetivo duplo definido para a primeira exposição é “permanecer na situação até o terapeuta interromper a dramatização” e “usar a resposta racional para ajudar a controlar a ansiedade”. O terapeuta pode controlar esses resultados, interrompendo a exposição quando o paciente está ativamente envolvido na dramatização e levando o cliente a repetir a resposta racional quando fizer a avaliação na SUDS, o que deve ocorrer aproximadamente a cada minuto da exposição. Para a primeira exposição, os terapeutas devem ter 100% de confiança de que o objetivo pode ser alcançado, mesmo que exija manipulação da situação por parte do terapeuta.

Relato da exposição

Geralmente, o relato da exposição é a parte mais intensa da intervenção, por várias razões. O paciente e o terapeuta podem apresentar suas perspectivas sobre a experiência, e a evocação do afeto do paciente indica que o esquema relevante foi plenamente envolvido. A parte mais difícil da sessão terminou, de modo que o paciente possui a capacidade cognitiva para processar a experiência. Todos esses fatores conferem vantagem ao terapeuta para facilitar uma interação produtiva. *Essa vantagem se perde se o terapeuta administrar mal o tempo e tiver que abreviar o relato após a exposição.*

Revisão do objetivo comportamental

Geralmente, pacientes e terapeutas têm visões bastante diferentes do que ocorreu durante a exposição. Portanto, é essencial

que o terapeuta escute cuidadosamente a perspectiva do paciente antes de emitir qualquer opinião. O terapeuta deve explorar o ponto de vista do paciente sobre a realização dos objetivos e o que ocorreu bem ou mal na exposição. O terapeuta pode utilizar o modelo da reestruturação cognitiva para explorar as evidências do paciente para o desempenho ou os resultados negativos. Qualquer menção de sucesso deve ser observada explicitamente, pois os pacientes raramente conseguem dar a si mesmos algum crédito pelo sucesso. Depois que o paciente apresentou sua perspectiva a respeito da dramatização, o terapeuta pode explicar a sua perspectiva sobre a realização dos objetivos e o sucesso da exposição. Em exposições posteriores, pode-se pedir que outros atores externos compartilhem suas reações com o paciente e respondam a perguntas que o paciente possa ter sobre o que acharam da exposição.

O *feedback* mais produtivo do terapeuta e de outros participantes da exposição enfatiza informações contrárias às crenças negativas do paciente. Por exemplo, um paciente cuja primeira exposição foi uma conversa pode ter ficado muito ansioso, fazer apenas uma pergunta ao terapeuta/ator e apenas responder a perguntas. Nessa situação, o terapeuta pode enfatizar as muitas coisas que o paciente temia que aconteceria, mas que não ocorreram realmente (p. ex., faria várias pausas longas, ficaria ansioso demais para pensar em algo para falar, pareceria tolo, etc.). Além disso, apenas em raros casos, os pacientes parecem tão ansiosos quanto pensam (ver o Capítulo 2), de modo que normalmente é bastante apropriado reconhecer que o paciente apresentou alguns sintomas de ansiedade (p. ex., corar, tropeçar nas palavras), mas, ao mesmo tempo, apontar que isso não atrapalhou a conversa, pareceu diminuir com o tempo, e assim por diante. Os terapeutas que se negam a enxergar qualquer ansiedade em um paciente que estava obviamente ansioso correm o risco de perder a credibilidade.

Revisão do padrão na SUDS

Geralmente, o padrão de escores na SUDS durante a exposição é plotado rapidamente em um gráfico, com os escores no eixo Y e o tempo no eixo X. Padrões diferentes de escores na SUDS podem ser utilizados para apresentar ideias diferentes. Um padrão comum é que os escores iniciais na SUDS sejam elevados e tendam a decair com o tempo. Nesses casos, o terapeuta pode mostrar que começar parece ser a parte mais difícil e que, se o paciente suportar, as coisas parecem ficar mais fáceis. O terapeuta e o paciente então procuram esse padrão no decorrer de várias exposições e, se apropriado, desenvolvem uma nova resposta racional (p. ex., “fica mais fácil”, “a parte mais difícil é começar”).

Diversas questões podem ser discutidas para pacientes com escores elevados na SUDS e que não apresentem declínio com o tempo. Se o paciente ainda satisfaz seus objetivos (p. ex., dar uma opinião durante o discurso e responder a uma questão), pode-se mostrar a ele que uma pessoa pode estar bastante ansiosa e, simultaneamente, ainda fazer o que deve fazer em uma determinada situação social. Uma resposta racional que advém dessa observação pode ser “posso ficar ansioso e ainda assim fazer um discurso razoável”. Também é importante questionar sobre pensamentos automáticos que possam ter interferido na habituação, para que sejam abordados na próxima exposição.

Outro padrão comum é o paciente relatar escores decrescentes ou estáveis na SUDS, os quais atingem o pico quando o paciente percebe uma dificuldade na exposição. Às vezes, o terapeuta consegue descobrir, por meio da observação, o que ocasionou o pico de ansiedade (p. ex., houve uma pausa na conversa, o paciente se perdeu durante um discurso, etc.). Em outras ocasiões, isso pode não ser tão óbvio. Em ambos os casos, recomenda-se que se tome nota do que está acontecendo durante a

exposição no momento exato do aumento nos escores na SUDS (utilizando a ficha de registro fornecida ao final deste capítulo). O terapeuta deve perguntar ao paciente o que ele estava pensando naquele ponto da exposição (p. ex., “as pausas refletem a minha incompetência”, “o público está ficando impaciente”). Essas discussões podem direcionar a novos objetivos (p. ex., “permita-se pausar duas vezes durante a conversa, para que possa aprender a não ter medo”) e metas para reestruturação cognitiva, no momento e durante exposições futuras (i.e., a crença de que as pausas refletem incompetência). Elas também reforçam a relação entre pensamentos e emoções.

Análise das evidências e reavaliação do grau de crença no pensamento automático e na resposta racional

Depois da exposição, o terapeuta deve pedir para o paciente analisar as evidências a favor e contra o pensamento automático em questão e a resposta racional, utilizando questões desafiadoras, *feedback* dos participantes da exposição e qualquer outra informação disponível. O paciente deve reavaliar seu grau de crença no pensamento automático e na resposta racional na escala de 0 a 100. De maneira ideal, as evidências obtidas com a exposição diminuirão o grau de crença no pensamento automático e aumentarão a confiança na resposta racional. As mudanças notáveis podem ser exploradas ainda mais, para ajudar o paciente e o terapeuta a entender em qual aspecto da exposição e do trabalho cognitivo ajudou na mudança cognitiva. Quando necessário, também pode-se explorar a falta de mudança, para determinar onde o trabalho cognitivo e a exposição não ajudaram tanto quanto poderiam, talvez fornecendo informações para orientar o planejamento das tarefas de casa ou outras exposições realizadas em sessões futuras.

Concluindo com uma mensagem para levar para casa

O relato de uma exposição sempre termina com um desafio para o paciente sintetizar o que aprendeu na experiência, algo que possa ser usado depois. A formulação dessa mensagem, a qual o paciente levará para casa, força uma rodada adicional de processamento das informações que não condizem com o esquema. Com frequência, a síntese da primeira exposição reflete que não foi tão difícil quanto o paciente esperava ou que ele conseguiu se manter na situação, apesar de sua grande ansiedade. O terapeuta também deve fazer uma anotação mental de tudo que possa ser utilizado como evidência para reestruturação cognitiva futura (p. ex., a capacidade do paciente de manter uma conversa pode ser utilizada para desafiar pensamentos automáticos sobre a falta de habilidade para conversar).

A duração da exposição

A maioria das exposições na sessão dura entre 5 e 10 minutos. A primeira exposição pode ser mais curta se o paciente estiver muito ansioso. O terapeuta deve controlar quando a exposição termina, não o paciente. Isso pode ser feito, em parte, estabelecendo cenários que não tenham um ponto final definido. É melhor parar quando as coisas estão indo razoavelmente bem para que o paciente perceba que poderia ter continuado mais um pouco, em vez de se sentir que foi “salvo pelo gongo”.

De maneira ideal, os escores do paciente na SUDS aumentam até passarem de 60 a 70 e depois começam a diminuir. Se os escores não chegarem tão alto, isso é aceitável. Não continue a exposição indefinidamente, na esperança de que a ansiedade aumente. Se possível, não pare a exposição quando os escores SUDS estiverem aumentando, pois isso reforça o comportamento de fuga quando a ansiedade aumenta. Além disso, o paciente perde a oportunidade de aprender

que a ansiedade diminuirá eventualmente. É aceitável parar a exposição quando a ansiedade tiver atingido um platô em duas ou três avaliações, supondo-se que acabará diminuindo. Se o terapeuta perceber que o paciente teve uma experiência bem-sucedida na exposição e continuar poderá acarretar um risco de queda no desempenho, ele deve procurar evidências de que o paciente está um pouco menos ansioso, fazer uma avaliação na SUDS e concluir a exposição. Isso permite que a exposição termine em um tom positivo.

Soluções para dificuldades comuns

Há algumas dificuldades comuns que os terapeutas inexperientes encontram quando conduzem a primeira exposição.

Não fazer a dramatização

Quando se toma a decisão de fazer uma exposição, ela deve ocorrer durante aquela sessão. Fazer o contrário seria extremamente injusto com o paciente. É provável que o paciente esteja muito ansioso, e ficará ainda mais se passar mais uma semana antes da primeira exposição. A necessidade de fazer a primeira exposição é uma das razões pelas quais recomendamos não ser detalhado demais sobre a situação de exposição na semana anterior. Se necessário, a dramatização pode ser simples, breve (2 a 3 minutos) e não provocar ansiedade demais. O importante é poder comemorar o sucesso de enfrentar a primeira exposição. A alternativa é facilitar o comportamento de evitação e dizer que o paciente talvez não esteja pronto para enfrentar seus medos.

Num plano ideal, a exposição ocorre porque o *momentum* conduz o paciente e o terapeuta. Os terapeutas nunca devem introduzir uma exposição perguntando se o paciente quer fazê-la. Na tentativa de serem solidários, os terapeutas inexperientes podem introduzir a exposição dizendo: “O que você acha de trabalhar a conversação com estranhos hoje?”. Isso proporciona uma oportu-

tunidade para o paciente negociar a situação e/ou a necessidade real de fazer a exposição. É melhor dizer: “Hoje, vamos trabalhar diretamente os seus medos de conversar com estranhos. Ao pensar nessa situação, quais pensamentos automáticos lhe vêm à mente?”. Depois disso, o terapeuta passa diretamente para a reestruturação cognitiva, e os medos que o paciente possa ter sobre a exposição podem ser abordados nesse contexto. Se o paciente estiver extremamente ansioso e mal conseguir permanecer na sala para a exposição, o terapeuta tem a flexibilidade de tornar a exposição fácil e rápida, sem transmitir a ideia de que o paciente deixou de cumprir algum padrão mais elevado, determinado originalmente pelo terapeuta.

Manejo do tempo

Há muito material para trabalhar na primeira sessão de exposição. O paciente e o terapeuta podem estar ansiosos e tender a passar tempo extra em uma situação familiar antes de avançarem para a exposição. Portanto, é essencial manter a sessão no rumo, e uma boa alternativa é programar tempo extra para a primeira sessão de exposição. Pode-se marcar até uma hora e meia para essa consulta. Não obstante, é essencial que se mantenha a sessão no rumo certo. Recomendamos o seguinte cronograma para a sessão:

Minutos 0 a 10: Saudações, SASCI, revisão da tarefa de casa.

Minutos 10 a 15: Lembrar o cliente de que é a primeira exposição, revisar brevemente a fundamentação para a exposição e descrever a situação a dramatizar na dramatização.

Minutos 15 a 30: Passos 1-4 da reestruturação cognitiva.

Minutos 30 a 40: Elaborar o cenário para a dramatização e definir um objetivo comportamental alcançável.

Minutos 40 a 50: Fazer a dramatização.

Minutos 50 a 75: Relato da exposição.

Minutos 75 a 90: Negociar tarefa de casa.

A ansiedade do cliente com relação aos novos procedimentos e a dramatização ini-

nente costuma ser tão alta que não é possível fazer uma reestruturação cognitiva aprofundada. Portanto, é melhor escolher um pensamento automático claro e seguir os passos rapidamente. Pode-se passar mais tempo na reestruturação cognitiva durante o relato, pois o cliente estará menos ansioso e será mais capaz de se envolver no processo. Além disso, a experiência da dramatização pode gerar novos pensamentos automáticos ou evidências para desafiar os que já haviam sido identificados.

De um modo geral, a melhor estratégia terapêutica para lidar com a ansiedade do cliente é ser bastante solidário, mas conduzir a sessão de modo que a experiência termine em um período razoável de tempo. Talvez isso signifique que o terapeuta tenha que dar mais direcionamento do que será adequado mais adiante, sugerindo erros de pensamento, uma resposta racional e um objetivo comportamental alcançável. Geralmente, o terapeuta menciona explicitamente que há muito a trabalhar, e é melhor avançar rapidamente.

Em sessões futuras de exposição, o cronograma da sessão será conforme a seguir (para uma sessão de 60 minutos, programe tempo extra para o relato):

Minutos 0 a 10: Saudações, SASCI, revisão da tarefa de casa.

Minutos 10 a 25: Descrever a situação a ser dramatizada na dramatização; passos 1 a 4 da reestruturação cognitiva.

Minutos 25 a 35: Fazer a dramatização.

Minutos 35 a 45: Relato da exposição.

Minutos 45 a 50: Negociar tarefa de casa.

É muito fácil encurtar o relato quando surgem problemas com o manejo do tempo, especialmente depois de retornar ao formato de uma sessão de 50 a 60 minutos para as exposições restantes. Todavia, além de diminuir a probabilidade de que o paciente obtenha todos os benefícios da exposição, a pesquisa sugere que indivíduos socialmente ansiosos tendem a apresentar um pós-processamento desadaptativo de situações sociais

que provocam ansiedade. Consequentemente, é possível que um paciente que não tenha feito um relato suficiente saia de um dramatização que o terapeuta considerou muito bem-sucedida interpretando a experiência como um fracasso – gerando mais ansiedade em relação a como agir em situações semelhantes no futuro.

Os múltiplos papéis do terapeuta

Um dos desafios da exposição na sessão no tratamento individual é que o terapeuta deve utilizar muitos chapéus ao mesmo tempo. Na primeira exposição, e talvez em exposições posteriores, o terapeuta atua como parceiro da dramatização ou como um membro do público. Assim, de maneira simultânea, o terapeuta está envolvido na dramatização, monitorando a experiência do paciente, solicitando e registrando avaliações periódicas na SUDS, observando a realização dos objetivos e controlando o tempo da exposição. Desenvolvemos algumas estratégias para auxiliar a tornar essas diversas tarefas mais práticas.

O quadro para registrar informações durante exposições na sessão que possam servir como notas de progresso na sessão contém espaços para registrar os detalhes da exposição, do objetivo e dos escores da SUDS que desenvolvemos para a pesquisa. Faça cópias dessa ficha, de modo que estejam disponíveis para cada exposição. Alguns detalhes podem ser inseridos depois da sessão, pois a ficha pode servir como notas do progresso.

É importante ter um relógio visível ao terapeuta durante a dramatização. Com isso, o terapeuta não precisa olhar o relógio de pulso, fato que poderia transmitir ao paciente a impressão de que o terapeuta está entediado durante a dramatização.

O terapeuta deve distinguir claramente entre o papel de terapeuta e seu papel na dramatização. Isso é ainda mais importante se a dramatização envolver uma situação po-

tencialmente desconfortável, como convidar alguém para sair ou expressar sentimentos positivos ou negativos. Sinais comportamentais explícitos ajudam o paciente a distinguir os papéis. Por exemplo, sempre podemos ter uma cadeira extra na sala, para que o terapeuta nunca sente em sua “cadeira de terapeuta” durante a dramatização. O terapeuta então volta à cadeira de terapeuta para o relato. Ficar em pé durante a dramatização, utilizar adereços ou reorganizar a mobília são medidas que também podem servir como sinais comportamentais importantes.

A utilização de um cavalete com papel ou um quadro-branco facilita muito o processo de exposição. O terapeuta deve escrever os pensamentos automáticos no quadro e usá-lo para possíveis ilustrações as quais facilitem a reestruturação cognitiva. Por exemplo, fazemos listas de temas para conversar, como evidências para combater o pensamento automático comum “não saberei o que dizer”. Em outros capítulos, apresentamos exemplos de gráficos de pizza ou outros modelos que podem facilitar a reestruturação cognitiva. A Resposta Racional também deve ser escrita em um local visível para o paciente durante a dramatização. Um cavalete com papel apresenta a vantagem de que é possível escrever a resposta racional em uma página subsequente, reduzindo assim o foco do paciente em seu pensamento automático durante a exposição, mas sem perder o acesso ao pensamento automático, se for necessário na reestruturação cognitiva posterior.

O que conta como uma primeira exposição bem-sucedida

Os terapeutas e os pacientes podem ter expectativas elevadas (e muita ansiedade) em relação à primeira exposição. É importante que os próprios terapeutas utilizem as habilidades de reestruturação cognitiva. Um bom objetivo para terapeutas com pouca experiência neste tratamento é simplesmente cumprir todos os procedimentos. Essa será uma sessão difícil. Se a experiência do

paciente for suficientemente positiva para que ele retorne na semana seguinte, a sessão terá sido um sucesso. Os terapeutas que se sentem mais confortáveis com os procedimentos geralmente também conseguem fazer progresso em desafiar os pensamentos automáticos e em reduzir do medo.

O que fazer se a exposição fracassar

A prevenção é o melhor antídoto para o fracasso. O terapeuta deve ter muito cuidado para preparar a exposição de modo que o paciente seja conduzido pelo *momentum* e tenha pouca oportunidade de usar comportamentos de evitação. Os pacientes podem desejar evitar a ansiedade evocada pela exposição, mas quase sempre têm uma forte reação negativa quando o terapeuta cria circunstâncias que permitem que isso ocorra. O terapeuta deve manipular os detalhes da exposição para que o paciente possa ter êxito.

Durante o procedimento de relato, o terapeuta deve ouvir cuidadosamente à experiência do paciente na dramatização. Em raras ocasiões, um paciente tem a percepção de um fracasso catastrófico e fica muito perturbado, podendo não retornar à terapia. As cognições do paciente relacionadas a essa perturbação podem ser abordadas por meio de reestruturação cognitiva durante o relato.

Entre as centenas de pacientes socialmente ansiosos que atendemos nos últimos 20 anos, houve apenas um pequeno grupo que se recusou ou fugiu das exposições. Sempre são os indivíduos com perturbações mais graves, os quais têm mais dificuldade para tolerar a ansiedade. Em muitos casos, são os indivíduos que ficam bravos quando percebem que não conseguirão evitar uma situação que provoque ansiedade – a parte da “luta” da resposta de luta ou fuga. Se o paciente recusa ou foge da primeira exposição, a principal prioridade do terapeuta é envolvê-lo. O terapeuta deve explorar o que aconteceu de errado e desenvolver um plano para proceder. Isso pode incluir tornar a exposição

mais gradual, se o paciente puder identificar uma situação que se sinta capaz de confrontar. De maneira alternativa, o paciente pode precisar de maior assistência para controlar os sintomas da ansiedade. Isso pode incluir a utilização de medicação ou procedimentos adicionais de controle da ansiedade, como relaxamento muscular progressivo aplicado.

A incapacidade de o paciente de se envolver na exposição prejudica a aliança terapêutica. O terapeuta deverá utilizar um esforço substancial para reconstruir a sintonia, comunicando que o paciente não fracassou na terapia ou decepcionou o terapeuta. A disposição do terapeuta para continuar a trabalhar com o paciente em seu nível atual de funcionamento ajudará a restabelecer a aliança.

Tarefa de casa

Geralmente, a tarefa de casa após a primeira exposição inclui uma exposição *in vivo*, a qual é integrada à reestruturação cognitiva pelo uso do Quadro 7.1 (Seja o seu próprio terapeuta cognitivo). Como regra básica, escolha algo relacionado, mas menos desafiador do que a exposição na sessão. Certifique-se de que o paciente concorda totalmente em fazer a tarefa e que é improvável que surjam obstáculos logísticos. Se necessário, faça um plano de apoio. Por exemplo, a tarefa pode ser falar duas vezes em uma reunião. Se a reunião não ocorrer, o plano de apoio pode ser juntar-se aos colegas para um *happy hour* na sexta-feira e contar uma breve história. Como com qualquer tarefa de casa, é importante escrever a exposição acordada, para que não haja confusão mais adiante sobre qual era a tarefa e o “esquecimento” se torne uma explicação menos provável por não fazer a exposição *in vivo*.

É importante revisar o Quadro 7.1 durante a tarefa de casa. Enfatize como essa ficha utiliza os mesmos procedimentos aplicados na sessão. Ressalte a necessidade de fazer a preparação cognitiva antes da exposição autoiniciada (p. 1) e o relato após a exposição (p. 2).

Quadro para registrar informações durante exposições na sessão que possam servir como notas de progresso na sessão

Nome do paciente		Data
Descrição da exposição		
Pensamento automático principal		
Resposta Racional		
Objetivo comportamental observável		
Atores da dramatização		
Escores na SUDS	Notas de progresso	
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

EXPOSIÇÃO E REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA: EXPOSIÇÃO CONTÍNUA

12

(corresponde ao Capítulo 8
do manual do paciente)

Cronograma

Geralmente, de cinco a seis sessões no programa de tratamento recomendado de 16 sessões, mas pode variar até 10 sessões, ou mais, se o paciente estiver fazendo um bom progresso, mas precisar fazer mais exposições na sessão.

Materiais necessários

- Cópia do manual do paciente
- Quadro-branco
- Social Anxiety Session Change Index (SASCI)
- Gráfico semanal do Social Anxiety Session Change Index (mesma cópia usada na última sessão)
- Tabela 5.1 (Lista de erros de pensamento)
- Figura 6.1 (Questões desafiadoras)
- Quadro para registrar informações durante exposições na sessão que possam servir como notas de progresso da sessão (ver página 110 deste guia)
- Quadro 7.1 (Seja o seu próprio terapeuta cognitivo)

Sumário da sessão

- Revisar, pontuar e graficar o SASCI
- Revisar tarefa de casa
- Fazer reestruturação cognitiva e exposição
- Designar tarefa de casa

Tarefa de casa

- Paciente faz exposição como tarefa de casa e preenche Quadro 7.1 (Seja o seu próprio terapeuta cognitivo)
- Paciente faz uma pequena tarefa diária
- Instruir o paciente a ler os Capítulos 9, 10 ou 11 do manual, quando designado

Visão geral

Depois da primeira exposição na sessão (Capítulo 7 do manual), o tratamento entra em uma fase intermediária, cujas sessões concentram-se na rotina de exposições na sessão e revisão e designação de exposições *in vivo* como tarefa de casa. Essa rotina é resumida na Tabela 8.1 do manual, e reimpressa aqui como Tabela 12.1. Também é a rotina incorporada no Quadro 7.1. Todavia,

recomendamos que o Quadro seja o seu próprio terapeuta cognitivo somente seja utilizada para exposições feitas como tarefa de casa, pois fazer registros na ficha durante a sessão atrapalha o fluxo e toma tempo demais. O sumário da sessão para o Capítulo 8 do manual é o sumário geral para qualquer sessão com exposição após a primeira. Como sempre, cada sessão deve começar com uma revisão do SASCI, discussão da tarefa de casa da semana anterior, e a definição da agenda.

Tabela 12.1 Passos para a superação da ansiedade social com exposição e reestruturação cognitiva

Registre as respostas na ficha "Seja o seu próprio terapeuta cognitivo" (Quadro 7.1) para exposições como tarefa de casa

Antes de entrar na situação de exposição...

1. Escolha uma situação a qual provoque a ansiedade que gostaria de trabalhar.
2. Enquanto se imagina na situação, identifique os pensamentos automáticos e emoções que eles causam.
3. Avalie seu grau de crença nos pensamentos automáticos e identifique os erros de pensamento neles.
4. Questione um ou dois pensamentos automáticos com questões desafiadoras. Certifique-se de responder às perguntas.
5. Sintetize os pontos básicos das respostas às questões desafiadoras em uma resposta racional e avalie o seu grau de crença nesta resposta.
6. Pense sobre a situação mais detalhadamente e escolha um objetivo comportamental alcançável.

Durante a situação de exposição...

7. Complete a exposição, utilizando a resposta racional para ajudar a controlar a sua ansiedade. Permaneça na situação até chegar a uma conclusão natural ou a ansiedade diminuir.

Depois de terminar a exposição...

8. Faça um relato da sua experiência na situação:
Você alcançou o seu objetivo?
Você teve os pensamentos automáticos que esperava ter?
Você obteve alguma evidência sobre seus pensamentos automáticos durante a exposição?
Você obteve alguma evidência sobre a sua resposta racional durante a exposição?
Em qual nível a resposta racional funcionou? Reavalie o seu grau de crença no pensamento automático e na resposta racional.
9. Sintetize o que pode tirar dessa experiência que possa usar em situações semelhantes no futuro.

Momento oportuno e frequência das exposições na sessão

Em nosso protocolo de pesquisa, especificamos que deve haver pelo menos quatro exposições na sessão para que sejam consideradas minimamente suficientes, mas recomendamos pelo menos seis exposições na sessão para o paciente típico. Fora do pro-

toloco de pesquisa, essa fase intermediária pode durar o tempo que for necessário, mas, para indivíduos com ansiedade social clinicamente significativa, menos de quatro exposições raramente seria adequado. Os dados de indivíduos com medos mais generalizados sugerem que eles respondem ao tratamento em uma taxa semelhante à de indivíduos com medos menos generalizados (p. ex.,

Brown, Heimberg & Juster, 1995; Hope, Herbert & White, 1995). Todavia, como começam com mais limitações, podem precisar de sessões adicionais para chegar a um nível elevado de funcionamento.

Uma questão comum é se deve haver uma exposição a cada sessão de terapia. Recomendamos que pelo menos três exposições ocorram em seguida. Isso permite que o paciente progrida rapidamente e reduz a ansiedade em relação às exposições em si. Depois disso, para alguns pacientes, pode ser importante dedicar uma sessão para revisar e planejar exposições *in vivo* e reestruturação cognitiva para pensamentos automáticos particularmente problemáticos, antes de retornar a mais uma série de sessões consecutivas com exposições. Dependendo da natureza dos medos do paciente, o terapeuta deve designar os Capítulos 9 a 11, em qualquer ordem a qual se aplique ao paciente durante esse momento. Embora nem todos os pacientes tenham os medos específicos abordados nesses capítulos, todos são prováveis de se beneficiar dos exemplos de reestruturação cognitiva. O material mais relevante para o paciente nos Capítulos 9 a 11 do manual costuma ser coberto em uma sessão sem exposição. Capítulos menos relevantes podem ser discutidos rapidamente como parte da revisão da tarefa de casa, em uma sessão em que haja exposição. Além disso, a quantidade de tempo dedicada a discutir o material pode variar amplamente, dependendo do quanto é importante para o problema do paciente. Uma vez que o paciente e o terapeuta observaram certos temas nos pensamentos automáticos do paciente, e o paciente fez progresso em desafiar pensamentos automáticos mais superficiais, é o momento de passar para a reestruturação cognitiva avançada, descrita no Capítulo 12 do manual do paciente e no Capítulo 16 do guia do terapeuta. O trabalho de reestruturação cognitiva avançada geralmente identifica alguns temas que podem ser o foco da próxima série de exposições.

Momento oportuno e frequência de exposições *in vivo*

No mínimo, os pacientes devem fazer pelo menos uma exposição *in vivo* por semana. À medida que o tratamento avança, essa taxa deve aumentar, se possível. Uma tarefa de casa inicial pode envolver cumprir e dizer mais alguma coisa a um colega de trabalho. Isso pode evoluir para várias conversas mais longas por semana, à medida que o paciente progride. De fato, após a segunda exposição, o manual (p. 128) recomenda uma pequena tarefa diária para estabelecer um padrão de enfrentamento de situações temidas regularmente. Essa mesma tarefa é continuada pelo resto do tratamento e geralmente se torna um hábito, de modo que o paciente passa a não considerá-la mais como uma tarefa de casa.

Outras tarefas de casa

As tarefas de casa podem envolver atividades as quais facilitem tarefas futuras. Pacientes com muita ansiedade social e esquivos podem ter poucas oportunidades para se envolverem com outras pessoas. Assim, uma tarefa pode incluir questões sobre atividades envolvendo outras pessoas, como uma classe ou uma atividade comunitária ou religiosa. Pacientes que não tenham emprego por causa da ansiedade social podem ter a tarefa de procurar oportunidades de trabalho. Se essas atividades provocam ansiedade, elas podem servir como exposições *in vivo*. Frequentemente, elas são tarefas adicionais, enquanto as exposições *in vivo* servem como preparação para aproveitar a oportunidade das novas atividades.

Revisando tarefas de casa de exposições *in vivo*

Para que os pacientes se beneficiem com esse tratamento, eles devem começar a participar de atividades que provoquem ansie-

dade em suas vidas cotidianas. É essencial que o terapeuta incentive isso, designando e revisando tarefas de casa para exposição *in vivo*. No começo de cada sessão, os terapeutas devem revisar o Quadro 7.1 preenchido do paciente e comentar aspectos que mostrem progresso ou utilizem habilidades de reestruturação cognitiva. O paciente deve ter uma oportunidade breve de relacionar a sua experiência à exposição, celebrar seus sucessos e resolver desafios com a assistência do terapeuta. Em sessões com uma exposição planejada, essa discussão será necessariamente um pouco limitada. Em sessões sem exposição, ela pode formar a base de grande parte da sessão, à medida que o terapeuta orienta o paciente para atividades de reestruturação cognitiva com base na experiência de exposição feita como tarefa de casa.

Se o paciente não tem feito as tarefas de exposição *in vivo*, isso é um problema sério, o qual deve ser tratado com urgência. O primeiro passo pode ser lembrar o paciente da fundamentação para a exposição *in vivo* (pags. 101-102 do manual). Verifique se ele entende que enfrentar medos na vida real é um componente essencial da superação da ansiedade social. O segundo passo pode ser esclarecer o motivo pelo qual o paciente está aparentemente concordando em fazer a tarefa de casa na sessão, mas não está fazendo. Talvez as tarefas pareçam difíceis demais ou não pareçam relevantes para os objetivos de longo prazo do paciente para o tratamento. Talvez o paciente esteja concentrado demais nos riscos de fazer mudanças e precise revisar algumas das razões importantes para mudar, discutidas no Capítulo 1 do manual, para aumentar a sua motivação. O último passo seria insistir em maior adesão às tarefas de casa de exposição, antes de continuar com a terapia. Isso apenas é necessário em poucas ocasiões e geralmente envolve dedicar tempo extra da sessão para preparar para a exposição *in vivo*, por meio da repetição de exposições na sessão e/ou reestruturação cognitiva.

Ocasionalmente, os pacientes farão a exposição *in vivo*, mas não a reestruturação cognitiva com a ficha “Seja o seu próprio terapeuta cognitivo”. O terapeuta deve incentivar a reestruturação cognitiva em preparação para a exposição, já que uma parte do relato pode ser feita na sessão de terapia. Se a exposição como tarefa de casa parece estar indo bem, e o paciente está animado com o seu progresso, o terapeuta deve usar a sua avaliação da utilidade da ficha “Seja o seu próprio terapeuta cognitivo” com esse paciente em particular.

Revisando os escores no SASCI

O SASCI deve ser administrado a cada semana e revisado para monitorar o progresso geral. Não é incomum haver um aumento em escores no meio do tratamento, à medida que os pacientes começam a reduzir a evitação. Eles podem acreditar que a ansiedade está piorando, pois estão sentindo mais ansiedade em seu cotidiano. Essa tendência deve se reverter à medida que o tratamento continuar. Se os escores no SASCI não parecem corresponder ao progresso que é visível a partir da revisão das tarefas de casa e dos relatos do paciente na sessão, o terapeuta deve revisar as instruções no SASCI para garantir que as avaliações sejam comparáveis com o começo do tratamento.

Outras informações

Mudanças qualitativas nos procedimentos de tratamento ao longo de várias exposições

Embora as atividades sejam mais ou menos as mesmas na porção intermediária dos tratamentos os quais envolvem exposições repetidas na sessão e *in vivo* combinadas com reestruturação cognitiva, há mudanças qualitativas nos procedimentos. Essas mudanças culminam nas atividades de reestruturação cognitiva avançada do

Capítulo 12 no manual do paciente e acabam com o começo da fase de término. Essas mudanças qualitativas ocorrem ao longo das seguintes dimensões:

- Situações que provoquem menos a mais ansiedade.
- Maior envolvimento do terapeuta a maior envolvimento do paciente para a reestruturação cognitiva.
- Demais exposições na sessão para mais exposições *in vivo*.
- Situações menos complexas a mais complexas.
- Maior envolvimento do terapeuta a maior envolvimento do paciente na escolha de situações para exposição.
- Reestruturação cognitiva voltada para pensamentos automáticos e ansiedade mais superficial a um foco maior em crenças nucleares e outras emoções (p. ex., vergonha).

Assim, o fluxo geral do tratamento envolve passar da orientação do terapeuta para uma orientação maior do próprio paciente. O objetivo final é que o paciente tenha todas as ferramentas necessárias para continuar a trabalhar com situações que provoquem ansiedade, à medida que surgirem depois que a terapia terminar. Todavia, quando entram em novas situações possibilitadas pelo seu progresso, eles talvez precisem trabalhar com uma ansiedade maior. Por exemplo, um paciente retornou para nos procurar depois de seis meses após o término do tratamento, pois estava muito ansioso para pedir sua namorada em casamento. Essa era uma situação totalmente nova para um homem na faixa dos 30 anos, que nunca havia namorado antes de começar o tratamento. Lembra-lo de aplicar as mesmas habilidades a essa situação nova ajudou a reduzir sua ansiedade a níveis administráveis.

Outra vantagem de empoderar os pacientes é que eles têm as ferramentas necessárias para enfrentar outros desafios em suas vidas. Por exemplo, as atividades de

reestruturação cognitiva são úteis para todos os tipos de estresse e depressão. Aprender a decompor desafios em partes menores e a superá-las gradualmente, como se faz com a exposição, pode ajudar o paciente a construir uma nova carreira ou a lidar com situações difíceis na vida.

Em termos práticos, essas mudanças qualitativas significam que, em sessões posteriores, o terapeuta pergunta ao paciente qual situação seria útil focar em uma exposição na sessão, talvez entre uma variedade de possibilidades. Por exemplo, o terapeuta poderia dizer algo como:

Temos trabalhado seu medo de namorar. Fico pensando se você acredita que precisa de mais uma exposição em preparação para o encontro que tem no final de semana ou se devemos avançar para uma direção diferente. Você também me disse que a ansiedade com as entrevistas está impedindo que consiga um emprego melhor. Podemos trabalhar nisso também.

Para que o paciente tenha um controle maior sobre a reestruturação cognitiva, o terapeuta pode dizer:

Enquanto trabalhamos em fazer apresentações, um pensamento automático que continua surgindo tem a ver com parecer competente. Por que você não começa a seguir os passos da reestruturação cognitiva para abordar esse pensamento automático? Eu intervenho e o ajudo quando necessário.

O terapeuta então permite que o paciente trabalhe a reestruturação cognitiva, ajudando se o paciente travar ou oferecendo evidências em apoio a uma ideia (p. ex., “Outra evidência de que você é competente é a boa avaliação que recebeu há duas semanas no trabalho”).

A natureza do pensamento automático selecionado para a reestruturação cognitiva muda no decorrer do tratamento. Inicialmente, são selecionados pensamentos automáticos mais superficiais; depois, os

pensamentos automáticos são relacionados a crenças nucleares. Essa é uma questão complexa, o qual será discutida mais detalhadamente a seguir.

Como saber qual pensamento automático enfocar na reestruturação cognitiva

Talvez o aspecto mais difícil da terapia cognitivo-comportamental para terapeutas inexperientes seja julgar qual pensamento automático resultará na reestruturação cognitiva mais produtiva. Antes da exposição, o paciente lista diversos pensamentos automáticos. Devido a limitações de tempo, somente um pensamento automático (ou, ocasionalmente, dois) é submetido a todos os passos da reestruturação cognitiva. Nossa experiência com a formação de terapeutas revelou que, como clínicos experientes com terapia cognitivo-comportamental (TCC) para ansiedade social, temos um consenso sobre qual pensamento automático se deve escolher. É difícil articular as regras implícitas sobre o motivo pelo qual um pensamento automático será mais importante de ser abordado do que outro em determinado momento do tratamento. Tentamos abordar essa questão empiricamente.

No Capítulo 9, descrevemos um estudo sobre os temas presentes em pensamentos automáticos dos indivíduos com transtorno de ansiedade social que fizeram o nosso tratamento em grupo (Hope, Burns, et al., 2010). A segunda parte do estudo envolve identificar os tipos de pensamentos automáticos selecionados pelo terapeuta para a reestruturação cognitiva nas quatro primeiras exposições para cada paciente e a relação dessa decisão com o resultado clínico. Os terapeutas tendem a seguir a nossa recomendação e selecionam pensamentos automáticos objetivos e de base situacional, envolvendo situações de desempenho, para a primeira exposição. Pensamentos automáticos como “não terei o que

falar” podem ser facilmente desafiados pelo desempenho verdadeiro na exposição dramatizada. Essa estratégia foi associada a um resultado clínico positivo em nossos dados. Os pensamentos automáticos relacionados à autoavaliação (rótulos negativos, como “incompetente” ou “chato”) ou a preocupações com o desempenho, como não saber o que dizer, foram mais prováveis de ser selecionados para reestruturação cognitiva mais adiante no tratamento, exceto pela quarta exposição, quando os terapeutas pareceram mudar para outros pensamentos automáticos os quais se referiam às reações das outras pessoas ao paciente (“ela vai achar que eu sou um chato”). Esse padrão poderia indicar uma mudança de estratégia, de desafiar se um determinado pensamento automático, como “sou chato” está correto, para um foco nas consequências do pensamento automático – “E daí que ela ache você chato?”. De maneira interessante, parece que se concentrar cedo demais nessas avaliações dos outros (em vez de autoavaliações) está associado a um resultado clínico inferior.

Os terapeutas em nosso estudo raramente selecionavam pensamentos automáticos relacionados à experiência de ansiedade. Isso condiz com a noção de que a experiência de ansiedade se resolverá sozinha com a exposição repetida. A maior preocupação deve ser com as consequências negativas percebidas. Nas ocasiões em que os terapeutas se concentraram em pensamentos automáticos relacionados à experiência de ansiedade, isso foi associado a um resultado clínico inferior. É impossível determinar, a partir desses dados correlacionais, se os pacientes que se preocupam demais em sentir ansiedade apresentam resultados piores na terapia ou se o foco nesses pensamentos automáticos, em detrimento de outros temas, é problemático. Na ausência de mais dados, não recomendamos gastar muitos esforços da reestruturação em pensamentos automáticos como “meu coração vai disparar” ou “eu

vou corar”. Será mais produtivo se concentrar em pensamentos automáticos relacionados às consequências de sintomas como o significado do coração que dispara ou como as pessoas podem reagir se o sintoma estiver visível.

Embora o Capítulo 12 do manual do paciente (Capítulo 16 do guia do terapeuta) se concentre na identificação de crenças nucleares, muitos pacientes avançam mais rapidamente para o trabalho com as crenças nucleares, especialmente se o terapeuta conseguir focalizar a reestruturação cognitiva de maneira eficiente e tentar evocar pensamentos automáticos subjacentes aos que podem ser relatados inicialmente. Deve haver uma progressão clara dos pensamentos automáticos mais superficiais (p. ex., “não vou saber o que dizer”) para os medos subjacentes (p. ex., “sei que sempre posso falar sobre o tempo, mas não vou ser considerado inteligente se não puder falar sobre tópicos importantes”) e crenças nucleares (p. ex., “não sou inteligente e as pessoas não vão gostar de mim quando descobrirem”). É perfeitamente aceitável identificar e desafiar as crenças nucleares primeiro, se o paciente for capaz de fazê-lo. Isso também pode envolver designar a leitura do Capítulo 12 do manual antes da hora. O ritmo do trabalho cognitivo deve depender da capacidade do paciente de fazer mudanças cognitivas, e não forçar, tentando se concentrar em crenças nucleares e difíceis de mudar antes que o paciente consiga mudar pensamentos automáticos mais superficiais. Ver Persons (2008) para uma discussão sobre como identificar e mudar crenças nucleares.

Como ajustar o ritmo da dificuldade de exposições na sessão e *in vivo*

Ao considerar a velocidade com a qual se deve passar de situações mais fáceis para mais difíceis em exposições na sessão e

tarefas de casa, tenha em mente que o paciente típico com transtorno de ansiedade social moderadamente grave tem um resultado clínico positivo com aproximadamente quatro a cinco exposições na sessão, e com exposições *in vivo* semanais em aproximadamente oito a 10 sessões. Isso significa que a dificuldade das exposições aumenta de forma bastante rápida com o tempo. Nos Capítulos 9 a 11 do manual, apresentamos um curso típico de exposições para o tipo de situação abordado em cada capítulo. Como a maioria dos pacientes tem medos em diversos domínios, o foco da exposição muda ao longo do tempo.

Fora de um protocolo de pesquisa, o ritmo pode ser mais relaxado. Todavia, nossa experiência clínica sugere que os pacientes melhoram quando enxergam progresso no início. Nada é mais convincente de que o estresse da exposição vale a pena do que o sucesso em situações que eram consideradas inalcançáveis. Pacientes menos graves provavelmente fiquem entediados ou impacientes se o progresso for lento demais. Por outro lado, os pacientes são prováveis de evitar situações as quais percebam como difíceis demais.

Atores externos na dramatização

No tratamento individual, o terapeuta serve como ator para a dramatização ou o membro da plateia para muitas das exposições na sessão, senão em todas. Uma das vantagens do tratamento em grupo é que há outros membros do grupo disponíveis para assumir esses papéis. Dependendo da situação, pode haver outros indivíduos disponíveis para ajudar. Com frequência, esses atores externos serão outros membros da equipe no ambiente clínico. Outros clínicos costumam se dispor a ajudar em uma dramatização de 10 minutos, se for marcado antecipadamente. Pode-se agendar a hora da sessão do paciente de maneira a facilitar o acesso a atores ex-

ternos. Em algumas ocasiões, tivemos funcionários administrativos trabalhando como membros da plateia para exposições sobre falar em público. Em ambientes de ensino, os estagiários normalmente gostam de participar da sessão. Obviamente, o terapeuta deve conhecer possíveis atores externos, os quais devem ser instruídos brevemente sobre a manutenção da confidencialidade.

Quando haverá atores externos na sessão, damos ao paciente uma noção geral de quem são e garantimos que a confidencialidade se estenda àquela pessoa. Imediatamente antes da exposição, o terapeuta sai da sala e instrui o ator sobre a situação, dando instruções sobre o quanto deve ser simpático em sua atuação e coisas do gênero. Também ajuda informar atores externos sobre as interrupções para avaliações na SUDS e pedir que retomem a interação quando a avaliação atrapalhar o fluxo da interação (p. ex., “você estava falando algo sobre o filme que assistiu...”). Se o ator tiver tempo, o terapeuta pode pedir para ele permanecer um pouco após a exposição, pois os pacientes muitas vezes querem *feedback* sobre o seu desempenho. O ator externo pode participar das avaliações de desempenho e ansiedade descritas a seguir. Embora os atores sempre devam ser instruídos para serem honestos, eles também podem ser instruídos para evitar *feedback* muito crítico.

Técnicas de reestruturação cognitiva

Ao longo dos anos, desenvolvemos e adotamos uma variedade de estratégias para transmitir determinadas ideias na reestruturação cognitiva. Há diversos exemplos espalhados pelos casos apresentados no manual do paciente. Em vez de repetir todas as informações aqui, revisaremos as estratégias e indicaremos onde se pode encontrar um exemplo expandido.

Gráfico em forma pizza para analisar a probabilidade de diversas reações ou resultados

Um tema comum nos pensamentos automáticos é o foco excessivo em uma reação ou um resultado negativo possível, quando há uma variedade de possibilidades viáveis. Um exemplo seria pensamentos automáticos relacionados com a preocupação de que as pessoas notem os sintomas de ansiedade e tirem uma conclusão negativa, como que a pessoa é doente mental. Outro exemplo seria razões que fariam alguém recusar um pedido, como um convite para sair. Muitas vezes, o objetivo da reestruturação cognitiva é ajudar o paciente a perceber que há muitos resultados, reações ou razões possíveis, e não apenas a visão catastrófica identificada originalmente pelo paciente. O terapeuta pode mostrar essa noção, pedindo para o cliente estimar a probabilidade (em 100) de que opções variadas sejam verdadeiras e colocando essas porcentagens em um gráfico em forma de pizza. Esse exercício costuma levar a uma resposta racional de que há apenas X% de chance de que o pensamento automático seja verdade. Ver páginas 141-145 do manual, para um exemplo mais completo dessa técnica, a qual também é discutida no Capítulo 14 deste guia do terapeuta.

Continuum de fatos negativos para adquirir perspectiva sobre a seriedade de uma reação ou resultado

Com frequência, os pensamentos automáticos estão relacionados a interpretações catastróficas de fatos ou resultados comuns. Frequentemente, o paciente superestima o risco e subestima o benefício potencial de uma determinada situação. Uma técnica importante para colocar o nível real de risco em perspectiva é considerar o resultado negativo possível no contexto de outros fatos negativos da vida. Pode-se fa-

zer isso desenvolvendo um *continuum*. Primeiramente, o terapeuta desenha uma linha no quadro. Na extrema esquerda, o terapeuta coloca um fato levemente negativo, como bater com o dedão do pé. Na extrema direita, o terapeuta pede para o paciente identificar o fato mais catastrófico possível, geralmente algo como perder toda a família em um acidente automobilístico. Depois, o paciente deve localizar uma ou mais situações relacionadas à sua ansiedade social no *continuum*. Este exercício costuma levar a uma resposta racional relacionada a ser capaz de conviver com as consequências temidas. Ver as páginas 146-147 do manual para um exemplo mais completo da técnica.

Lista de evidências a favor e contra uma conclusão

Uma das questões desafiadoras busca evidências a favor e contra um determinado pensamento automático. Pode-se fazer isso construindo duas listas paralelas no quadro. O terapeuta começa com a coluna que reflete o pensamento automático (p. ex., “Evidências de que você é incompetente”). Depois, o terapeuta e o paciente trabalham juntos para completar a outra coluna (p. ex., “Evidências de que você é competente”). Essa estratégia normalmente resulta em uma resposta racional a qual sintetiza as evidências para a segunda coluna (p. ex., “existem muitas evidências de que eu sou competente”).

Para tornar a comparação mais efetiva, o terapeuta deve escolher os títulos das colunas de maneira a garantir que a segunda lista seja mais longa do que a primeira. De maneira surpreendente, o comprimento físico relativo das colunas é muito convincente. O terapeuta pode contribuir para as duas listas, mas, geralmente, o faz somente para a segunda. Qualquer contribuição do terapeuta somente deve ser adicionada ao quadro depois que o paciente concordar, mesmo que contrário, que é apropriada.

Avaliações comparativas de ansiedade e desempenho

Há diversos estudos os quais sugerem que os indivíduos socialmente ansiosos subestimam a qualidade do seu desempenho e superestimam a visibilidade da sua ansiedade nas situações temidas (p. ex., Norton & Hope, 2001). Essa discrepância diminui com o tratamento (Hope, Heimberg & Bruch, 1995), à medida que as avaliações dos indivíduos socialmente ansiosos se aproximam das dos observadores. Os terapeutas podem tirar vantagem dos vieses dos pacientes, fazendo com que o paciente, o terapeuta e os outros observadores/atores façam avaliações de aspectos variados do desempenho ou ansiedade em uma dramatização. Geralmente, as avaliações são feitas em uma escala de 0 a 100, análoga à escala SUDS. As avaliações mais comuns são “como você se saiu” e “o quanto você pareceu ansioso”.

Existem três aspectos fundamentais para tornar essa intervenção um sucesso. Primeiro, o terapeuta deve escrever a escala no quadro. Os pacientes ansiosos (e, ocasionalmente, atores) podem não entender uma escala que seja explicada verbalmente. Em segundo lugar, devem ser escolhidos pontos-âncora cuidadosamente, para evitar objetivos perfeccionistas e gerar a discrepância desejada entre os observadores e o paciente. Em terceiro, o terapeuta deve ter extremamente claro que todos registrarão suas avaliações silenciosamente em uma folha de papel. Há uma tendência em deixar as avaliações. No tratamento individual, as folhas são entregues ao paciente, que lê as avaliações em voz alta. No tratamento em grupo, os membros do grupo podem revelar as avaliações uma de cada vez.

Eis alguns exemplos comuns desses tipos de avaliações:

“Como você se saiu na conversa?”

0 = Fracasso total; é provável que ninguém queira falar com você.

100 = Conversa típica que uma pessoa normal poderia ter.

“Quanto você pareceu ansioso durante a fala?”

0 = A quantidade de energia e estresse que a pessoa normal teria nesta situação

100 = Extremamente ansioso; parece que você definitivamente não conseguiria continuar e poderia até precisar de atenção médica

Feedback em vídeo (com preparação cognitiva)

Outra intervenção potencialmente poderosa é o *feedback* em vídeo (Harvey, Clark, Ehlers & Rapee, 2000). A exposição na sessão é filmada. Os pacientes devem prever, detalhadamente, o que acreditam que verão no vídeo (utilizando avaliações numéricas de comportamentos específicos), para visualizar claramente como aparecem aos olhos dos outros, e assistir o vídeo como se estivessem olhando um estranho (para se distanciarem da memória emocional da exposição). Depois de assistirem ao vídeo com o terapeuta, o paciente deve fazer novas avaliações numéricas descrevendo seu desempenho e/ou o nível de ansiedade. As avaliações do paciente geralmente indicam um desempenho de maior qualidade e um nível menor de ansiedade do que o paciente havia imaginado antes de assistir ao vídeo. Todavia, esse procedimento parece ser mais efetivo para pacientes cuja percepção do seu desempenho seja mais discrepante em relação à dos observadores (Rodebaugh, 2004; Rodebaugh & Chambless, 2002).

Soluções para dificuldades comuns

O paciente não fica ansioso durante as exposições na sessão

Ocasionalmente, os pacientes sentem pouca ansiedade durante as exposições na sessão e/ou sugerem que não são suficientemente realistas. Esse é um problema menor do que a maioria dos terapeutas espera. Afinal, conversar com alguém apre-

senta demandas comportamentais semelhantes, independentemente do interlocutor ser real ou estar dramatizando. Nesse sentido, muitas exposições na sessão apenas diferem da vida real no sentido de que o terapeuta pode controlar o processo e o resultado. Por outro lado, certas situações são mais difíceis de dramatizar efetivamente do que outras. O medo de apresentações para grandes grupos de pessoas pode não ser evocado se a plateia consistir apenas de uma ou duas pessoas.

Os pacientes muitas vezes utilizam um tipo sutil de evitação para controlar a sua ansiedade em exposições na dramatização. Dizendo a si mesmos que a situação não é real e não “conta”, eles podem evitar a ansiedade (e impedir que se beneficiem). Na página 107 do manual, descrevemos essa estratégia como análoga a tentar aprender a nadar, mas nunca largar a borda da piscina. Felizmente, a situação oferece um exemplo excelente do poder do modelo cognitivo. Não é a situação, mas a maneira como é interpretada, que causa ansiedade. O terapeuta deve rotular a estratégia explicitamente como evitação. O terapeuta incentiva o paciente a se jogar totalmente na situação, agindo como se fosse real. É importante questionar os pacientes sobre pequenas mudanças na dramatização que possam ajudar a torná-la mais realista para eles.

Se o paciente não fica ansioso durante as exposições na sessão porque a situação não é genuinamente realista, o terapeuta deve tentar torná-la mais realista. Estratégias específicas para isso são discutidas no contexto de situações variadas para os Capítulos 9 a 11 do manual do paciente. Se isso continuar a ser um problema, e o terapeuta não tiver mais alternativas, pode ser necessário consultar colegas. É comum ver clínicos bastante experientes consultando outros profissionais para obter ajuda mais ampla para pensar em maneiras de tornar a exposição mais efetiva. Obviamente, isso é feito com o cuidado necessário para manter a confidencialidade do paciente.

O paciente tem cada vez mais medo das exposições na sessão

Geralmente, os pacientes ficam cada vez mais confortáveis com os procedimentos de exposição à medida que o tratamento avança. As situações específicas podem (e devem) evocar ansiedade substancial. Todavia, eles geralmente já investiram muito em enfrentar seus medos e, até um certo nível, procuram exposições ativamente. Se o oposto estiver ocorrendo, o terapeuta deve discutir explicitamente com o paciente, ouvindo cuidadosamente a experiência subjetiva do paciente em antecipação, durante e após as exposições. As exposições podem estar ocorrendo rápido demais e o paciente pode estar se sentindo subjugado. Pode ser necessário aplicar estratégias adicionais para controlar a ansiedade, como relaxamento, re treinamento em respiração, ou medicação. Talvez não haja atenção suficiente para o relato após a exposição, resultando na percepção do paciente de que as dramatizações fracassaram.

O paciente parece não estar fazendo progresso com a reestruturação cognitiva

Ocasionalmente, os pacientes se prendem ardentemente aos seus pensamentos automáticos, apesar de conseguirem reconhecer repetidamente as evidências contra a sua validade. Por exemplo, um paciente pode dizer “sei que o tremor da minha mão não é tão visível quanto eu penso que é, mas ainda me preocupo com ele”. Um paciente com medo de falar em público pode dizer “Sei que nunca precisei sair porta afora durante um discurso, mas não consigo parar de me preocupar com o que aconteceria se saísse”. Se isso continuar por várias sessões de reestruturação cognitiva e estiver claramente impedindo o progresso, podem-se fazer duas perguntas ao paciente: “De que modo manter essa crença é proveitoso?” e “O que seria necessário para de-

sistir da crença?”. Uma abordagem sem confrontação, como a utilizada na entrevista motivacional (p. ex., Miller & Rollnick, 2002), e o uso da força da aliança terapêutica para não desencadear o medo de uma avaliação negativa podem ser efetivos.

O paciente não consegue relatar pensamentos automáticos

Em capítulos anteriores, discutimos estratégias para ajudar pacientes que tenham dificuldade para identificar pensamentos automáticos. Alguns pacientes, contudo, não conseguem identificar nenhum pensamento automático, mesmo no contexto de exposições as quais provoquem ansiedade na sessão. Se esse problema persistir por uma ou duas exposições, é hora de reduzir a ênfase nos aspectos cognitivos do tratamento e se concentrar na exposição. A exposição sem reestruturação cognitiva é uma intervenção viável (p. ex., Feske & Chambles, 1995). A definição de objetivos e o relato da exposição devem continuar. Em vez de discutir pensamentos automáticos explicitamente, o relato pode se concentrar na experiência subjetiva do paciente e processar qualquer informação objetiva sobre a qualidade do desempenho ou a visibilidade dos sintomas. Uma parte do tempo dedicado anteriormente à reestruturação cognitiva antes da exposição pode ser dedicada a graficar o padrão de ansiedade antecipada na SUDS. Comparar a ansiedade esperada com a ansiedade real também pode ser um ótimo exercício para o relato.

Os pacientes podem sentir que estão fracassando no programa de tratamento se não conseguirem identificar pensamentos automáticos para reestruturação cognitiva. O terapeuta pode ajudar a aliviar essas preocupações explicando que a reestruturação cognitiva é apenas uma entre várias ferramentas para ajudar a controlar a ansiedade, mas que não funciona para todos. É provável que a exposição ajude sozinha. De fato, a maioria das pesquisas sugere que a exposição é o

agente de mudança mais potente nessa intervenção (Emge & Hope, 2010).

O paciente tem utilizado evitação sutil ou comportamentos de segurança durante as exposições

Frequentemente, os terapeutas observam que os pacientes têm utilizado comportamentos de segurança durante as exposições. Por exemplo, um paciente pode evitar o contato visual, vestir certas roupas para que a transpiração não apareça, ater-se a certos temas “seguros” para conversas, basear-se demais em suas notas para falar em público, ou evitar fazer revelações pessoais. Nesse caso, o terapeuta pode discutir

o assunto durante o processamento pós-exposição e certificar-se de incorporar formas de abandonar esses comportamentos de segurança durante a tarefa de casa para exposição *in vivo* ou na próxima exposição na sessão. Às vezes, isso pode criar uma exposição artificial na sessão, pois pode ser necessário exagerar a ausência de comportamentos de segurança. Uma pessoa que evita o contato visual pode ter que fazer contato visual excessivo e contínuo, ou alguém que evita revelações pessoais pode monopolizar a conversa sobre si mesmo. Geralmente, o trabalho de reestruturação cognitiva concentra-se nos resultados temidos que poderiam ocorrer sem o uso dos comportamentos de segurança.

EXPOSIÇÃO E REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA: MEDOS DE CONVERSAR

13

(corresponde ao Capítulo 9
do manual do paciente)

Cronograma

Variável

Materiais necessários

- Cópia do manual do paciente
- Quadro-branco
- Social Anxiety Session Change Index (SASCI)
- Gráfico semanal do Social Anxiety Session Change Index (mesma cópia usada na última sessão)
- Tabela 5.1 (Lista de erros de pensamento)
- Figura 6.1 (Questões desafiadoras)
- Quadro para registrar informações durante exposições na sessão que possam servir como notas de progresso da sessão (ver página 110 deste guia)
- Quadro 7.1 (Seja o seu próprio terapeuta cognitivo)

Sumário da sessão

- Revisar, pontuar e graficar o SASCI
- Revisar tarefa de casa
- Revisar brevemente a psicoeducação sobre bater papo
- Fazer reestruturação cognitiva e exposição na sessão
- Designar tarefa de casa

Tarefa de casa

- Paciente faz exposição como tarefa de casa e preenche Quadro 7.1 (Seja o seu próprio terapeuta cognitivo)
 - Instruir o paciente a continuar com pequenas tarefas diárias
 - Instruir o paciente a ler o Capítulo 10 do manual
-

Visão geral dos Capítulos 9, 10 e 11 do manual do paciente

Os Capítulos 9, 10 e 11 do manual do paciente concentram-se em tipos específicos de situações temidas – o medo de conversas no Capítulo 9, os medos observacionais no Capítulo 10 e o medo de falar em público no Capítulo 11. Recomenda-se que os três capítulos sejam trabalhados com todos os pacientes em algum momento após o Capítulo 8 ter sido abordado. Independentemente das ansiedades sociais específicas que o paciente traz para o tratamento, é provável que alguns dos pensamentos automáticos e das técnicas de tratamento abordados em cada capítulo sejam relevantes. Esses três capítulos são apresentados em uma ordem que reconhece que os pacientes costumam procurar tratamento para ansiedade social generalizada, incluindo o medo de conversar com outras pessoas. Todavia, a ordem em que esses capítulos são trabalhados pode variar, para que os pacientes leiam primeiro o capítulo mais relevante para a sua preocupação (p. ex., o Capítulo 11 seria lido antes pelo paciente que tivesse um medo relacionado, principalmente, a falar em público).

Psicoeducação

A maioria dos indivíduos que procuram tratamento para a ansiedade social sentem pelo menos um pouco de dificuldade com conversas casuais ou “bate-papo”. O Capítulo 9 do manual começa com material psicoeducacional sobre a importância do bate-papo na vida cotidiana.

Projetando exposições na sessão

As situações conversacionais costumam ser as exposições mais fáceis para projetar. Elas geralmente exigem poucos adereços, podendo-se preparar uma variedade de circunstâncias. Mudanças de as-

sunto, do propósito da conversa e do comportamento dos atores criam um número infinito de exposições possíveis. Todavia, muitos dos comportamentos em conversas casuais e encontros amorosos são bastante influenciados pela cultura. O terapeuta sempre deve considerar a cultura e os valores do paciente ao desenhar exposições na sessão. Por exemplo, pacientes do sexo feminino podem aderir a normas culturais sobre a apropriação de convidar um homem pa-ra sair, as quais devem ser distinguidas do comportamento de evitação. Discutiremos alguns cenários comuns em dramatizações, os quais podem exigir planejamento ou estratégias extras.

Evitando o comportamento de fuga

Os indivíduos socialmente ansiosos que têm medo de conversas casuais costumam ser muito hábeis em terminar conversas rapidamente. Nas dramatizações iniciais, o terapeuta talvez tenha que enfatizar a importância de continuar a conversa apesar da ansiedade e levar o paciente a continuar, se tentar fugir. Em exposições iniciais, o ator da dramatização talvez tenha que ajudar, introduzindo temas de conversa para manter a exposição.

Muitas conversas têm um propósito específico, o qual pode conduzir a dramatização a uma conclusão natural. Por exemplo, uma conversa na qual o paciente deve convidar alguém para tomar um café pode chegar rapidamente à conclusão no momento em que o convite é feito. Os pacientes ansiosos podem fazer o convite imediatamente para fugirem da exposição. Se esse comportamento for provável de ocorrer, o terapeuta deverá instruir o paciente de que não poderá fazer o convite até que o terapeuta lhe dê um sinal para fazê-lo. Isso exige que o paciente construa o convite naturalmente e aumenta as chances de que o convite verdadeiro seja feito com

maior habilidade social. Se possível, e dentro das circunstâncias, deve-se dizer ao paciente que a dramatização continuará depois do convite. Por exemplo, se alguém recusa um convite, o paciente deve continuar a conversa e não apenas se afastar abruptamente. Se a pessoa aceita o convite, a conversa pode passar para os detalhes logísticos.

Silêncios

Um medo comum em conversas é que haja um silêncio prolongado, e o paciente não consiga rompê-lo. A percepção dos indivíduos socialmente ansiosos sobre a sua capacidade de romper o silêncio, o grau da sua responsabilidade individual por romper o silêncio e a duração de silêncios conversacionais costuma ser muito distorcida. O Objetivo Comportamental Alcançável pode ser romper o silêncio. O ator é instruído a permitir que se forme um silêncio e não rompê-lo, não importa o quanto dure. Essa exposição costuma ser acompanhada de uma estimativa do paciente antes da dramatização a respeito da duração provável de um silêncio prolongado. Essas estimativas geralmente são exageradas, mas não devem ser desafiadas antes do tempo. O terapeuta cronometra os silêncios, pede uma estimativa da duração do silêncio após a dramatização e apresenta os dados reais ao paciente. O sucesso do paciente em romper o silêncio e as evidências concretas da superestimação da sua duração podem produzir boas respostas racionais (p. ex., “Os silêncios parecem muito mais longos do que são.”). No relato da exposição, é importante discutir a pressão social para romper os silêncios, e o participante da dramatização pode descrever como é desconfortável estar em meio a um silêncio. Isso pode proporcionar mais evidências de que a maioria dos interlocutores deverá se esforçar para romper silêncios, e que romper o silêncio não é responsabilidade inteiramente do paciente.

Começando ou entrando em conversas

Alguns aspectos de conversas são semelhantes às fobias sociais específicas, no sentido de que são bastante rápidas. Se o paciente tem medo de começar ou entrar em uma conversa, mas sente pouca ansiedade depois que começou, uma exposição efetiva deve se concentrar apenas nos aspectos temidos. Por exemplo, o paciente pode mudar de uma pessoa para outra, como se estivesse mudando de conversa para conversa em uma festa. Se apenas o terapeuta estiver disponível para atuar na dramatização, ele deverá representar o papel de uma pessoa diferente cada vez que o paciente começar a conversa. Geralmente, o paciente é instruído para iniciar a conversa e o terapeuta termina a interação logo depois de começar. Um exemplo desse tipo de exposição é descrito como parte do caso de Penny, no Capítulo 9 do manual do paciente.

Pensamentos automáticos típicos e reestruturação cognitiva

O Capítulo 9 do manual do paciente aborda três pensamentos automáticos típicos para conversas: não saber o que dizer, não ter nada interessante a dizer e ter poucas habilidades conversacionais. Os indivíduos socialmente ansiosos costumam ter uma percepção inflexível de que têm um déficit em habilidades sociais. Todavia, conforme observado anteriormente, a pesquisa mostra que superestimam a qualidade do seu desempenho (Norton & Hope, 2001). Embora haja déficits em habilidades sociais ocasionalmente, e os indivíduos socialmente ansiosos possam ter um desempenho levemente inferior ao de indivíduos que não sentem ansiedade (Norton & Hope, 2001), em nossa experiência, a maioria tem habilidades razoavelmente adequadas, mas a ansiedade interfere em sua capacidade de executá-las. Alguns déficits vi-

síveis em habilidades sociais, como a falta de contato visual, podem ser conceituados como evitação da ansiedade causada pelo contato visual. À medida que a ansiedade diminui, o comportamento do paciente melhora. Ocasionalmente, os pacientes precisam ser incentivados a enfrentar seus medos, evitando os comportamentos de evitação. Neste exemplo, fazer contato visual pode se tornar um objetivo comportamental alcançável durante as exposições.

Nada muda a crença de um indivíduo socialmente ansioso de que não pode participar de conversas casuais tanto quanto o sucesso repetido. O papel da reestruturação cognitiva é preparar o paciente para entrar na situação para testar a validade dos pensamentos automáticos específicos sobre as suas habilidades conversacionais. A reestruturação cognitiva após a exposição costuma envolver superar a tendência de desqualificar sucessos e se preparar para aplicar as lições aprendidas em conversas futuras.

Depois que foram abordados os pensamentos automáticos sobre a qualidade do desempenho do paciente na conversa, fica claro que os pensamentos automáticos subjacentes estão relacionados a expectativas de rejeição. As conversas repetidas implicam que as pessoas passarão a se conhecer melhor. Os indivíduos socialmente ansiosos podem temer que a intimidade leve a relacionamentos mais íntimos, para os quais se sentem despreparados ou que, em última análise, levem à rejeição. Esses pensamentos automáticos são mais próximos das crenças nucleares, as quais são abordadas no Capítulo 12 do manual. Avançar de pensamentos automáticos superficiais sobre o desempenho para essas crenças nucleares é um sinal de progresso na terapia.

Tarefa de casa de exposição *in vivo*

As tarefas de casa que envolvem fazer exposições *in vivo* para medos conversacionais ocorrem paralelamente às exposi-

ções na sessão. De fato, as exposições na sessão costumam ser ensaios para uma oportunidade *in vivo* desejada. Diversas complicações que podem surgir são descritas nas seções a seguir.

Isolamento social extremo

Os pacientes que evitam muito as interações sociais podem se envolver em pouquíssimos contatos sociais diários. Nesses casos, é importante aumentar a frequência do contato o mais rápido possível. Geralmente, começamos o trabalho de explicar a tarefa de casa diária definindo como tarefa “cumprimentar e dizer mais alguma coisa a alguém com quem normalmente não falamos” todos os dias. Não importa o quanto possa ser isolado socialmente, o paciente pode fazer um passeio a uma loja ou a outro local público e cumprimentar quem estiver lá. Outras tarefas de casa envolvem pedir para os pacientes identificarem organizações ou grupos de que gostariam de participar para facilitar o seu tratamento. Ao longo dos anos, nossos pacientes socialmente ansiosos decidiram aumentar o seu contato com outras pessoas entrando para academias de ginástica, grupos religiosos, clubes de atividades específicas (p. ex., literatura, caminhada, ciclismo, vela), grupos de solteiros, organizações voluntárias, classes de educação para adultos, e assim por diante. As exposições na sessão podem abordar obstáculos a participar dessas organizações, dramatizando uma interação na primeira reunião ou mesmo o telefonema que o paciente deve fazer para obter mais informações sobre o grupo.

Namoros

Indivíduos com transtorno de ansiedade social se casam mais tarde, quando se casam (Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz & Weissman, 1992), e muitos procuraram tratamento na esperança de aumentar sua percepção de conforto com parceiros

potenciais para namorar e desenvolver um relacionamento íntimo. Certamente, os diversos estágios do namoro, desde as primeiras conversas a convites para sair e expressar sentimentos positivos, podem ser dramatizados na sessão. Normalmente, também se podem abordar as habilidades de assertividade para o namoro, como recusar avanços. O tratamento se torna mais difícil se o paciente não tiver parceiros potenciais em seu círculo social, como é comum. Se esse parecer ser o problema, a designação de tarefas de casa (e exposições na sessão), logo no início do tratamento, deve concentrar-se em se envolver em organizações ou atividades que levem a contato com parceiros potenciais. Deve-se ter muito cuidado ao utilizar serviços de namoro ou anúncios pessoais na internet para alcançar esse objetivo. Opções melhores são organizações como as sugeridas anteriormente para diminuir o isolamento social, como organizações comunitárias ou religiosas ou grupos de solteiros que tenham um foco adicional (p. ex., clube de esqui).

A maioria das questões relacionadas ao namoro é semelhante para indivíduos heterossexuais e gays, lésbicas ou bissexuais com ansiedade social. Temos trabalhado com sucesso com pacientes gays, lésbicas e bissexuais, no tratamento individual e em grupo. O terapeuta deve estar familiarizado com as oportunidades e as normas de namoro de uma determinada comunidade. Deve-se fazer uma avaliação realista do risco físico e social que a pessoa sofrerá por ser mais aberta quanto à sua orientação sexual.

Curso típico de exposições na sessão e *in vivo*

O curso do tratamento sempre deve ser bastante individualizado e seguir um curso e ritmo apropriados ao paciente socialmente ansioso em questão. Todavia, é

possível programar uma sequência de exposições que seja bastante típica para alguém que procure tratamento para o medo de conversar e namorar:

Exposição 1: Conversa com o terapeuta, representando o papel de um estranho em um ambiente neutro, como a fila de uma loja. Tarefa de casa: Cumprimentar e dizer mais alguma coisa para duas ou três pessoas durante a semana, com quem o paciente normalmente não falaria.

Exposição 2: Conversas mais longas com o terapeuta, representando um estranho em um ambiente natural; o terapeuta pode assumir menos responsabilidade por manter a conversa sem ser antipático. Tarefa de casa: Conversa que seja mais que apenas um cumprimento com alguém que não seja um parceiro potencial para namorar. Trocar cumprimentos cotidianos e dizer mais alguma coisa para pessoas com quem o paciente normalmente não falaria. Começar a fazer sondagens sobre turmas na faculdade (ou em outros locais) para exposições posteriores.

Exposição 3: Conversa com o terapeuta (ou ator externo), representando um parceiro potencial para namorar ou um amigo no primeiro dia de aula na faculdade. Tarefa de casa: Conversa com alguém que possa ser um parceiro potencial para namorar. Continuar a trocar cumprimentos cotidianos e a buscar oportunidades para socialização.

Exposição 4: Conversa com o terapeuta (ou ator externo), representando um parceiro potencial para namorar; conversa inclui um resultado temido, como um silêncio potencial. Tarefa de casa: Duas ou três conversas com alguém que possa ser um parceiro potencial para namorar. Aumentar a frequência de cumprimentos cotidianos e buscar oportunidades para a socialização.

Exposição 5: Convite para encontro casual (almoço, cinema) com o terapeuta ou o ator externo. Na primeira vez a pessoa aceita o convite (não informar o resul-

tado antecipadamente ao paciente). Na sessão subsequente, repetir a exposição, com a pessoa recusando o convite. Tarefa de casa: Convidar alguém, não necessariamente um parceiro potencial para namorar, para uma situação bastante casual, como se encontrar para um café ou um almoço. Continuar a trocar cumprimentos cotidianos e buscar oportunidades de socialização.

Exposição 6: Estar em um encontro com alguém, jantar ou comer sobremesa depois de assistirem a um filme juntos. Tarefa de casa: Convidar e sair em um encontro.

Exposição 7: Expressar sentimentos positivos para alguém (p. ex., “gostei muito

de estar com você e gostaria de ver você novamente”). Tarefa de casa: Convidar alguém para sair, expressando sentimentos positivos, se apropriado.

Conforme observado anteriormente, nem todas as sessões compreendem uma exposição, de modo que essas sete exposições sugeridas podem acontecer ao longo de 10 ou mais sessões. As sessões sem exposições devem se concentrar na reestruturação cognitiva e em resolver problemas para se envolver em oportunidades de socialização. A tarefa de casa para sessões sem exposição seria fazer exposições *in vivo* com dificuldade crescente e, de maneira lógica, entre as exposições na sessão.

EXPOSIÇÃO E REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA: MEDOS DE SER OBSERVADO

14

(corresponde ao Capítulo 10
do manual do paciente)

Cronograma

Variável

Materiais necessários

- Cópia do manual do paciente
- Quadro-branco
- Social Anxiety Session Change Index (SASCI)
- Gráfico semanal do Social Anxiety Session Change Index (mesma cópia usada na última sessão)
- Quadro 14.1 (Técnica do gráfico em forma de pizza) (ver página 110 deste guia)
- Tabela 5.1 (Lista de erros de pensamento)
- Figura 6.1 (Questões desafiadoras)
- Quadro para registrar informações durante exposições na sessão que possam servir como notas de progresso da sessão (ver página 110 deste guia)
- Quadro 7.1 (Seja o seu próprio terapeuta cognitivo)

Sumário da sessão

- Administrar, pontuar e graficar o SASCI
- Revisar a tarefa de casa
- Revisar brevemente a psicoeducação sobre fobias sociais específicas
- Fazer reestruturação cognitiva e exposição na sessão
- Designar tarefa de casa

Tarefa de casa

- Paciente faz exposição como tarefa de casa e preenche Quadro 7.1 (Seja o seu próprio terapeuta cognitivo)
 - Instruir o paciente a continuar com pequenas tarefas diárias
 - Instruir o paciente a ler o Capítulo 11 do manual
-

Psicoeducação

O Capítulo 10 começa com uma avaliação de medos observacionais e um material psicoeducacional sobre as fobias sociais específicas. Embora muitos indivíduos socialmente ansiosos tenham alguns desses medos, eles são menos comuns como queixas primárias em amostras de indivíduos que procuram tratamento do que medos mais generalizados de conversar e falar em público. Pesquisas sugerem que as fobias sociais específicas são bastante sensíveis à terapia cognitivo-comportamental (TCC; p. ex., Mattick, Peters & Clarke, 1989). Este capítulo também pode ser muito útil para tratar medos do desempenho, como aqueles comuns em músicos ou atletas.

Indivíduos com fobias sociais específicas podem ter muita vergonha do problema, pois comportamentos cotidianos e simples se tornam difíceis. O material sobre a introversão e a perturbação da automaticidade de comportamentos sobre aprendidos pode ajudar a reduzir esse sentimento de vergonha, proporcionando uma explicação para o desempenho desigual.

A técnica do gráfico em forma de pizza

O Capítulo 10 apresenta o gráfico em forma de pizza como uma ferramenta para ajudar os pacientes analisarem medos catastróficos. No Capítulo 10, o gráfico de pizza foi utilizado para ajudar Miguel a trabalhar os pensamentos automáticos “minha mão vai tremer”, “o cliente vai enxergar a minha mão tremendo” e “o paciente vai pensar que eu sou incompetente e não fará mais negócios comigo”. Como nesse exemplo, o terapeuta começa estimulando o paciente a considerar uma variedade de alternativas neutras (p. ex., minha mão vai tremer, mas o cliente não notará) e menos negativas (p. ex., ele vai pensar que eu estou gripado) ao medo catastrófico (p. ex., ele

vai pensar que eu sou incompetente) e pede para o paciente atribuir porcentagens do gráfico de pizza a essas alternativas. Desse modo, o terapeuta deixou estrategicamente uma porcentagem relativamente pequena de probabilidade para os resultados negativos restantes.

Conforme observado no manual, o gráfico de pizza também pode ser utilizado para pensamentos automáticos associados a medos catastróficos relacionados a falar em público (p. ex., a plateia vai acreditar que eu sou incompetente se eu não conseguir responder todas as suas questões) e interações sociais (p. ex., ela vai pensar que sou um derrotado e me rejeitar se eu corar). Além disso, os terapeutas verão que o gráfico de pizza pode ajudar sempre que o paciente tiver pensamentos automáticos os quais contenham erros de pensamento catastróficos que prevejam que algo terrivelmente ruim vai acontecer, quando, na realidade, há muitos resultados possíveis. O Quadro 14.1 é uma ficha que pode ser usada na sessão ou entregue ao cliente como tarefa de casa para desafiar um pensamento automático que contenha um erro de pensamento catastrófico.

Projetando exposições para fobias sociais específicas

Situações breves

A maioria das fobias sociais específicas é formada por situações bastante breves, as quais inicialmente não parecem adequadas a uma exposição. Assinar o próprio nome ou tomar café são atos que exigem apenas alguns segundos, tempo insuficiente para que haja habituação. A solução é criar circunstâncias para ocorrências repetidas do comportamento. Por exemplo, uma pessoa que tem medo de assinar o nome pode fazer isso dezenas de vezes durante uma exposição de cinco minutos durante a sessão. A natureza repetida da exposição pode não ser uma representação verdadeira da maneira como as coisas acontecem no mundo real, mas cada assina-

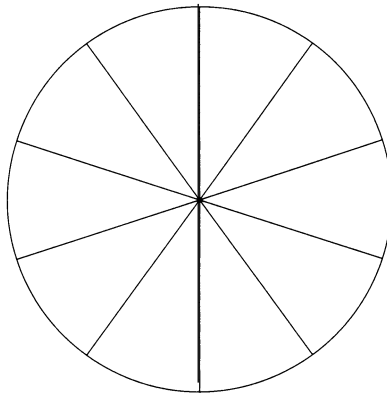
Quadro 14.1 Técnica do gráfico em forma de pizza

Descreva brevemente a situação:

Liste pensamentos automáticos catastróficos:

Liste tantas explicações alternativas quanto for possível. Proponha pelo menos 7 a 10 outras possibilidades. (Pergunte: Quais outras alternativas são possíveis além da catástrofe temida?)

Avalie a probabilidade percentual de que a primeira alternativa possa ser verdadeira e preencha a área correspondente abaixo. Repita para a próxima explicação alternativa. Por fim, avalie a probabilidade percentual do resultado mais temido. Cada fatia da pizza representa 10%. Qualquer alternativa pode ser avaliada como mais ou menos de 10% sombreando-se a área desejada.



Resposta racional com base no gráfico de pizza:

tura individual certamente pode ser. Há várias estratégias para preparar as ocorrências repetidas para exposições na sessão:

- No tratamento em grupo, ou se houver um ou mais atores extras, o paciente pode mudar de uma pessoa para outra repetindo o comportamento temi-

do. Por exemplo, cada pessoa pode estar segurando uma prancheta e pedir para que o paciente assine o nome a cada vez. Cada pessoa pode segurar um copo de água do qual o paciente beberá, ou um copo onde o paciente servirá água.

- Para o medo de comer e beber, pode-se simular uma situação de restaurante com comidas e bebidas reais. O paciente continua a comer e a beber durante a conversa. O nível de dificuldade pode ser ajustado manipulando-se a natureza da comida e/ou bebida (saladas, macarrão, bebidas quentes) ou utensílios (palitos chineses ou taças de vinho altas e difíceis de manusear).
- O paciente pode repetir o comportamento em frente ao terapeuta. O terapeuta pode se tornar mais ou menos ameaçador, dependendo da proximidade em relação ao paciente, de quanta atenção presta ao desempenho do paciente e de fazer ou não comentários sobre a ansiedade do paciente.

Incorporando resultados temidos

Com bastante frequência, indivíduos com fobias sociais específicas precisam que o resultado que temem ocorra em uma exposição na sessão. Por exemplo, a pessoa que tem medo de derramar comida ou bebida precisa derramar algo de verdade. Em muitos casos, exagerar o sintoma pode ser uma intervenção poderosa para pacientes que temem perder o controle, que assim entendem um ou dois pontos: que o resultado temido é muito menos provável do que haviam imaginado ou que o resultado temido não é uma catástrofe. Eis alguns exemplos de como incorporar resultados temidos a exposições na sessão para fobias sociais específicas:

- Para o medo de derramar alimentos, o paciente pode servir um copo propositalmente até transbordar, enquanto outra pessoa o está segurando, ou derramar água de propósito em si mesmo ou em outra pessoa. Pode-se colocar uma toalha sobre o carpete ou no parapeito da dramatização, se necessário.
- Para o medo de cometer erros, o paciente pode cometer erros de propósito. Por exemplo, pode digitar as teclas erradas propositalmente, escre-

ver incorretamente ou de forma irregular no quadro ou no cavalete, ou começar a tossir excessivamente depois de tomar água.

- Para o medo de tremer, o paciente pode exagerar o tremor propositalmente enquanto na situação temida.

Os pacientes costumam hesitar muito para enfrentar as situações temidas, e isso não é apropriado para a primeira exposição. O paciente deve ter muita confiança no terapeuta para não se sentir humilhado com a experiência. Quanto maior o exagero, mais efetiva será a exposição. O terapeuta pode ter que incentivar o paciente vigorosamente para alcançar o sucesso. Por exemplo, é muito melhor derramar um copo de água do que uma única gota. Na maioria das vezes, a exposição termina com risada, quando o paciente cede ao absurdo da situação.

Medo de utilizar banheiros públicos

É essencial fazer uma distinção entre a dificuldade de utilizar banheiros públicos por medo de contaminação, como se observa no transtorno obsessivo-compulsivo, e a ansiedade por desempenho, como em uma fobia social específica. Conhecidas como parurese, e muitas vezes chamadas de “bexiga tímida”, a ansiedade e a evitação relacionadas a urinar na presença de outras pessoas geralmente ocorre em homens, e costuma envolver o medo de usar o mictório. Muitas vezes, esse é o único medo presente quando os homens procuram tratamento. Conforme observado no manual, ele pode ser bastante debilitante se a evitação se tornou muito ampla. Esse quadro de transtorno de ansiedade social é bastante incomum, mas a nossa experiência sugere que ele responde a intervenções semelhantes de TCC (ver Soifer, Zgourides, Himle & Pickering, 2001, para um manual dedicado especificamente ao tratamento cognitivo-comportamental da parurese).

rese). Todavia, há algumas considerações a fazer ao se tratar esse medo.

A primeira consideração é o gênero do terapeuta. O tratamento fica bastante complicado se o terapeuta não puder entrar no banheiro com o paciente. Embora o terapeuta possa manter uma distância discreta para permitir privacidade ao paciente, sua presença geralmente serve como o estímulo temido o qual desencadeia o medo do paciente. Em segundo lugar, a maioria dos pacientes já fez um exame médico antes de chegar ao consultório de um profissional da saúde mental. Se houve alguma evidência de dificuldade para urinar em casa ou sozinho, e não foi feita avaliação médica, deve ser feita antes de começar o tratamento. Em terceiro lugar, por razões óbvias, as exposições na sessão são exposições *in vivo* no banheiro. A vontade de urinar pode ser manipulada pedindo que o cliente beba líquidos antes da sessão.

Tarefa de casa de exposição *in vivo* para fobias sociais específicas

Desenvolver tarefas de casa para exposição *in vivo* pode exigir muita criatividade. As páginas 148-150 do manual apresentam longas listas de sugestões. Como as situações costumam ser breves, talvez seja necessário programar mais exposições por semana do que se faria com outros tipos de medos.

Curso típico de exposições na sessão e tarefa de casa

A seguir, apresentaremos um curso típico de exposições para um cliente com gravidade moderada, utilizando o medo de escrever em público como exemplo. Podem ser feitas menos exposições ou exposições adicionais, dependendo da gravidade dos medos do cliente e do seu progresso no tratamento. Também se devem considerar as dimensões que fazem a situação provocar mais e menos ansiedade.

Para este exemplo, uma ansiedade maior está relacionada com escrever o próprio nome. Também são descritas tarefas de casa para exposições *in vivo*. Todavia, os clientes costumam ter circunstâncias de vida específicas (p. ex., uma viagem de trabalho) que representam oportunidades excelentes para exposição, podendo ser incorporadas à tarefa de casa sempre que possível.

Exposição 1: Escrever uma sentença repetidamente em uma folha de papel, com o terapeuta sentado a uma distância confortável, mas capaz de enxergar se a mão do cliente está tremendo. Tarefa de casa: Preencher a ficha “Seja o seu próprio terapeuta cognitivo” e escrever uma pequena carta em um café razoavelmente movimentado três vezes na semana seguinte.

Exposição 2: Assinar o nome repetidamente, com o terapeuta sentado próximo, para ver se a mão do paciente está tremendo. O terapeuta indica que analisarão as assinaturas juntos depois da exposição. Tarefa de casa: Fazer diversas pequenas compras durante a semana com um cartão de crédito em uma loja que não seja movimentada ou ameaçadora. Assinar o recibo do cartão em frente ao caixa todas as vezes.

Exposição 3: Escrever o nome repetidamente no quadro à plena vista do terapeuta. Tarefa de casa: Fazer várias pequenas compras durante a semana com o cartão de crédito, em uma loja movimentada e/ou ameaçadora. Assinar o recibo do cartão em frente ao caixa e com outras pessoas na fila. Procurar oportunidades para escrever bastante em frente a outras pessoas, como ao preencher formulários de crédito em lojas (o paciente não entrega os formulários ou pode fechar a conta depois), preencher questionários, fazer anotações em reuniões de trabalho e coisas do gênero.

Exposição 4: Incorporar o resultado temido assinando o nome repetidamente na frente do terapeuta, enquanto faz a mão tremer de propósito. Preencher um

cheque na frente do recepcionista da clínica, enquanto faz a mão tremer levemente de propósito (o cheque ainda deve ser legível). Tarefa de casa: Fazer uma pequena compra na loja mais movimentada no horário mais movimentado todos os dias. Pagar a compra com cheque, pegando o talão somente depois que o caixa registrou totalmente a venda. Preencher o cheque à plena vista de clientes impacientes na fila e do caixa.

Conforme observado antes, nem todas as sessões devem compreender uma exposição, de modo que essas quatro exposições sugeridas podem ocorrer ao longo de cinco ou mais sessões. Sessões sem exposições devem se concentrar na reestruturação cognitiva. As tarefas de casa para sessões sem exposição consistiriam de exposições *in vivo* com dificuldade crescente e que, de maneira lógica, ficariam entre as exposições na sessão.

EXPOSIÇÃO E REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA: MEDOS DE FALAR EM PÚBLICO

15

(corresponde ao Capítulo 11
do manual do paciente)

Cronograma

Variável

Materiais necessários

- Cópia do manual do cliente
- Quadro-branco
- Social Anxiety Session Change Index (SASCI)
- Gráfico semanal do Social Anxiety Session Change Index (mesma cópia usada na última sessão)
- Tabela 5.1 (Lista de erros de pensamento)
- Figura 6.1 (Questões desafiadoras)
- Quadro para registrar informações durante exposições na sessão que possam servir como notas de progresso da sessão (ver página 110 deste guia)
- Quadro 7.1 (Seja o seu próprio terapeuta cognitivo)
- Quadro 12.1 (Descascando a sua cebola – descobrindo e desafiando suas crenças nucleares)

Sumário da sessão

- Administrar, pontuar e graficar o SASCI
- Revisar tarefa de casa
- Revisar brevemente a psicoeducação sobre a ansiedade para falar em público
- Fazer reestruturação cognitiva e exposição na sessão
- Designar tarefa de casa

Tarefa de casa

- Paciente faz exposição como tarefa de casa e preenche o Quadro 7.1 (Seja o seu próprio terapeuta cognitivo)

- Instruir o paciente a continuar com pequenas tarefas diárias
- Instruir o paciente a ler o Capítulo 12 do manual, se estiver pronto para a reestruturação cognitiva avançada
- Paciente preenche o Quadro 12.1 (Descascando a sua cebola – descobrindo e desafiando suas crenças nucleares)

Psicoeducação

Embora o Capítulo 11 do manual do paciente se concentre no medo de falar em público, muitas questões semelhantes ocorrem para qualquer paciente que tenha medo de ser o centro das atenções ou de falar em grupos grandes ou pequenos, como em reuniões e classes. Uma amostra dessas situações pode ser encontrada na lista de autoavaliação, nas páginas 151-152 do manual.

A maioria dos indivíduos socialmente ansiosos tem medo de falar em público (Holt, Heimberg, Hope & Liebowitz, 1992), mas nem todos desejam fazer tratamento para o problema. Indivíduos com medos mais generalizados podem concentrar seus objetivos de tratamento em conversar, namorar ou ser assertivo, pois esses medos podem causar maior impacto em suas vidas. Por outro lado, alguns indivíduos procuram tratamento para ansiedade em apresentações e têm pouca dificuldade em outras situações. Embora esses medos possam ser duradouros, os indivíduos com ansiedade para falar em público costumam ser levados a procurar tratamento por causa de uma oportunidade nova, como uma promoção no trabalho, ou após o que percebem como uma experiência fracassada de falar em público.

As situações envolvendo falar em público variam bastante em suas demandas. Falar em uma turma ou dirigir uma reunião informal são situações que podem exigir pouca experiência ou habilidades. Os discursos formais podem ser muito mais difíceis, e o terapeuta deve entender qual nível de qualidade é aceitável para o desempenho no ambiente específico. Isso

pode ser muito difícil, pois o paciente muitas vezes tem padrões perfeccionistas que talvez não correspondam à realidade. O Capítulo 11 do manual contém exemplos de pacientes que enfrentam situações com demandas maiores e menores.

Projetando exposições na sessão

A maior dificuldade para projetar exposições na sessão para indivíduos com medo de falar em público é ser capaz de criar condições que evoquem ansiedade. Indivíduos com medos mais graves ou mais generalizados respondem a dramatizações na sessão, como contar uma história pessoal ou ler na frente do terapeuta. Em casos muito raros, se o medo se restringir a um local específico ou uma plateia grande, o trabalho na sessão deverá basear-se em exposição imaginária. Antes de avançar para exposições imaginárias, devem-se experimentar exposições criadas para serem o mais difíceis possível (p. ex., uma plateia antipática, vários atores desconhecidos, questões difíceis), de maneira a garantir que o paciente não esteja, com isso, reduzindo a quantidade de ansiedade que pode ser provocada pela exposição na sessão.

Na exposição imaginária, o terapeuta utiliza imaginação orientada para expor o paciente a situações temidas. A reestruturação cognitiva pode ocorrer antes e depois, como com a exposição dramatizada. Geralmente, o terapeuta faz uma gravação da exposição para o paciente ouvir repetidamente como tarefa de casa. A exposição imaginária é mais efetiva se evocar plenamente o esquema temido e desencadear o processamento emocional (Foa & Kozak,

1986). É muito importante incorporar pistas para os três componentes da ansiedade – fisiológico, comportamental e cognitivo – assim como pistas para todos os sentidos, a sensação da madeira no púlpito, os sons da plateia. Os cenários imaginários podem variar de 10 a 15 minutos, incluindo um ou dois minutos de respiração relaxada, quando o paciente senta em uma cadeira ou espreguiçadeira no começo do cenário e para encerrar a exposição. Como a exposição imaginária é menos intensa do que uma exposição dramatizada ou *in vivo*, situações mais desafiadoras podem ser enfrentadas mais cedo no tratamento.

De maneira ideal, para dramatizações de exposições a falar em público, o terapeuta deve reunir algumas pessoas para atuar como integrantes da plateia. Isso funciona bem no tratamento em grupo, mas é mais difícil em alguns cenários clínicos e no tratamento individual. Utilizar um púlpito e organizar as cadeiras para simular uma plateia pode ajudar, mesmo que a plateia não preencha todas as cadeiras. Independentemente de ter ou não uma plateia disponível, duas outras estratégias podem disparar o medo avaliativo. A presença de uma câmera de vídeo costuma desencadear ansiedade, podendo substituir a plateia (e também pode ser útil como *feedback* em vídeo). Também pode ser importante representar uma situação formal. Mesmo que o terapeuta seja a única pessoa na plateia, falar em um auditório formal ou uma sala de reuniões pode ajudar a simular a situação temida. Talvez o paciente tenha acesso a um ambiente apropriado, ou o terapeuta pode encontrar um. As escolas e universidades podem ser abertas ao público ou ter salas disponíveis mediante solicitação, quando não há outras atividades agendadas. Os centros comunitários ou as instituições religiosas podem ter uma sala apropriada que emprestem fora do expediente. O terapeuta pode programar de encontrar o paciente no local, tomando as precauções necessárias para proteger a confidencialidade. Com a

permissão do paciente, geralmente, é suficiente dizer que uma pessoa tem um discurso importante para fazer e deseja praticar. Como a maioria das pessoas sente um pouco de ansiedade por falar em público, essa explicação não costuma gerar muitos questionamentos.

Além das pistas situacionais, a dificuldade da exposição sobre falar em público pode ser manipulada utilizando-se as dimensões subjacentes ao medo do paciente. Geralmente, elas envolvem a quantidade de preparação, questões ou outros desafios da plateia, ler *versus* falar espontaneamente, ou o tamanho das notas do paciente. Algumas dessas dimensões também incorporam resultados temidos na exposição.

Estratégias para reestruturação cognitiva

O Capítulo 11 do manual do paciente descreve muitos dos pensamentos automáticos comuns relatados por indivíduos com medo de falar em público. Eles geralmente concentram-se na visibilidade dos sintomas de ansiedade ou de preocupações com a qualidade do desempenho do indivíduo. Para os dois tipos de pensamentos automáticos, as avaliações feitas após a exposição (descritas no Capítulo 12 deste guia do terapeuta) costumam ajudar muito.

Muitas vezes, um dos principais propósitos de falar em público é transmitir informações. Os pensamentos automáticos podem envolver o fato de se a plateia entendeu as informações ou se elas foram abordadas de forma clara ou completa. O paciente pode testar essa hipótese questionando a plateia sobre o conteúdo da fala, como parte do relato pós-exposição. Isso pode ter um grande impacto, pois é difícil para os membros da plateia, incluindo o terapeuta, falsificar seu conhecimento. Se possível, os membros da plateia devem ser informados antecipadamente sobre um possível teste do conhecimento, para que pres-

tem atenção adequadamente. Se o conteúdo for complexo ou o paciente definir padrões perfeccionistas, talvez o terapeuta deva estabelecer uma nota de aprovação para a plateia desde o início.

Tarefa de casa de exposição *in vivo*

Os indivíduos com medo de falar em público podem procurar tratamento por precisarem fazê-lo regularmente. Isso facilita a designação de tarefas de casa, pois há diversas oportunidades para exposição *in vivo*. Muitas vezes, contudo, o terapeuta deverá ajudar o paciente a procurar oportunidades adicionais. O caso mais difícil de tratar é o paciente que precisa de assistência com um evento grande que ocorra com pouca frequência. A intervenção para esse caso é descrita nas páginas 158-160 do manual.

Encontrando oportunidades para ser o centro das atenções

Qualquer oportunidade na qual o paciente seja o centro da atenção pode desencadear ansiedade social e servir como uma exposição para indivíduos com medo de fazer apresentações. Por exemplo, sair de um assento central e/ou atravessar a frente da plateia em um cinema lotado pode ser uma exposição produtiva. Os pacientes talvez tenham que procurar oportunidades, entrando para uma organização, assistindo uma palestra ou cursando uma aula. Exposições utilizadas como tarefa de casa são:

- Fazer uma pergunta ou uma afirmação em uma aula ou reunião comunitária.
- Oferecer-se como voluntário para fazer uma leitura ou uma oração em um serviço religioso.
- Oferecer-se como voluntário para liderar um pequeno grupo, como um grupo de discussão literária ou turma religiosa.

- Entrar para um time esportivo comunitário, como beisebol ou boliche.
- Preparar um testemunho sobre uma questão e apresentá-lo em uma audiência pública, como em um conselho municipal ou regional.
- Fazer um curso de oratória.
- Associar-se à Toastmasters International, uma organização de oratória existente em muitas comunidades.

Curso típico de exposições na sessão e *in vivo*

O curso do tratamento deve ser bastante individualizado, mas, a seguir, apresentamos um curso típico para uma pessoa que procura ajuda com a ansiedade relacionada a falar em reuniões e que ocasionalmente precisa fazer apresentações informais.

Exposição 1: Sentado em frente ao terapeuta, falar espontaneamente sobre um tema familiar. Tarefa de casa: ao menos uma vez durante a semana, contar uma história pessoal para um grupo de pessoas, quando normalmente ficaria em silêncio.

Exposição 2: Em pé em frente ao terapeuta, ler uma revista ou livro desconhecido, talvez com vocabulário técnico o qual possa não conhecer. Tarefa de casa: ao menos três vezes durante a semana, falar brevemente para um grupo ou em uma reunião onde normalmente ficaria em silêncio. Começar a desenvolver oportunidades de praticar como ser o centro das atenções ou de falar, como participar de um grupo ou organizar uma oportunidade para falar.

Exposição 3: Em pé em frente ao terapeuta, fazer um discurso preparado ou sem preparação, com ou sem notas. Tarefa de casa: Se possível, fazer uma apresentação breve em um ambiente razoavelmente seguro. Senão, continuar a falar em grupos ou reuniões com maior frequência e por mais tempo.

Exposição 4: Falar em frente ao terapeuta (se possível, com outros membros da plateia) em um ambiente formal, como uma

sala de conferências ou auditório. Tarefa de casa: Fazer uma apresentação breve, de qualquer tipo. Pode ser uma apresentação informal, como apresentar um argumento longo (mínimo de 2 a 3 minutos) em uma reunião comunitária. Continuar com oportunidades diárias ou quase diárias de falar brevemente em um grupo ou reunião.

Exposição 5: Um discurso preparado em um ambiente formal com o terapeuta (e outros membros da plateia, se possível) o qual incorpore um resultado temido, como perder as anotações ou perguntas hostis da plateia. Tarefa de casa: Fazer uma apresentação mais formal ou prolongada quando surgir oportunidade na vida

cotidiana ou por meio de uma oportunidade criada, como apresentar um testemunho em uma audiência pública.

Conforme observado anteriormente, nem todas as sessões compreendem uma exposição, de modo que essas cinco exposições sugeridas podem acontecer ao longo de seis ou mais sessões. As sessões sem exposições devem se concentrar na reestruturação cognitiva e em resolver problemas para se envolver em oportunidades de falar. A tarefa de casa para sessões sem exposição seria fazer exposições *in vivo* com dificuldade crescente e, de maneira lógica, entre as exposições na sessão.

16

REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA AVANÇADA

(corresponde ao Capítulo 12
do manual do paciente)

Cronograma

Uma ou duas sessões inicialmente; depois, sessões adicionais conforme o necessário, para desafiar crença nuclear

Materiais necessários

- Cópia do manual do paciente
- Quadro-branco
- Social Anxiety Session Change Index (SASCI)
- Gráfico semanal do Social Anxiety Session Change Index (mesma cópia utilizada na última sessão)
- Quadro Seja o seu próprio terapeuta cognitivo preenchida para o paciente
- Tabela 5.1 (Lista de erros de pensamento)
- Figura 6.1 (Questões desafiadoras)
- Quadro para registrar informações durante exposições na sessão que possam servir como notas de progresso da sessão (ver página 110 deste guia)
- Quadro 7.1 (Seja o seu próprio terapeuta cognitivo)
- Quadro 12.1 (Descascando a sua cebola – descobrindo e desafiando suas crenças nucleares)

Sumário da sessão

- Revisar, pontuar e graficar o SASCI
- Revisar tarefa de casa
- Explicar a fundamentação para a reestruturação cognitiva avançada
- Revisar vinhetas de casos relacionadas a crenças nucleares
- Conduzir exercício “Descascando a sua cebola – descobrindo e desafiando suas crenças nucleares” (Quadro 12.1 do manual)
- Designar tarefa de casa

Tarefa de casa

- Paciente faz exposição como tarefa de casa para testar crença nuclear
 - Instruir o paciente a continuar com pequenas tarefas diárias
-

Visão geral

Como sempre, a sessão começa com uma revisão do SASCI, uma discussão sobre a tarefa de casa da sessão anterior e a definição da agenda. O Capítulo 12 do manual é intitulado “Reestruturação cognitiva avançada: abordando crenças nucleares”. À medida que os indivíduos trabalham com exposições variadas e a reestruturação cognitiva associada, o terapeuta e o paciente notam que certos temas continuam se repetindo. Segundo Persons (1989; 2008), para que haja mudança duradoura, a terapia cognitiva efetiva deve abordar, em algum momento, as crenças nucleares subjacentes. Os temas nos pensamentos automáticos refletem uma crença nuclear que motiva todas as dificuldades que a pessoa está passando. Persons chama essa abordagem de “Formulação do caso” e sugere várias estratégias para identificação das crenças nucleares. O manual do paciente usa uma estratégia cognitiva comum para ir além dos pensamentos automáticos mais superficiais, chamada de técnica da “seta descendente” (J.S. Beck, 1995), baseada na analogia de descascar as camadas de uma cebola (ver Quadro 12.1 no manual do paciente).

Conforme observado anteriormente, no decorrer da terapia, a reestruturação cognitiva deve avançar das crenças mais superficiais para as mais importantes ou nucleares. Essas crenças mais nucleares talvez não venham à mente com facilidade, pois costumam ser associadas a mais afeto, e o paciente pode ser mais relutante para discutilas. Depois que o paciente faz algumas melhoras significativas, conforme avaliação nas fichas “Seja o seu próprio terapeuta cogni-

tivo” e SASCI, e faz pelo menos três a quatro exposições, e o terapeuta observa que a reestruturação cognitiva retorna seguidamente a um tema comum, é o momento de trabalhar o Capítulo 12 do manual. Na maioria dos casos, isso ocorre algum momento depois da sessão 12. Isso não indica o final da exposição; ao contrário, ajuda a definir o foco que devem ter as exposições e a reestruturação cognitiva subsequentes.

Identificando crenças nucleares

Segundo Persons, a formulação do caso reflete uma afirmação unificadora, a qual pode ser utilizada para explicar todos os problemas do paciente. Essas afirmações refletem crenças subjacentes sobre a pessoa, a maneira como o mundo funciona e o que esperar de outras pessoas. Exemplos de crenças nucleares incluem “sempre devo ser perfeito”, “o mundo não é justo” e “se as pessoas realmente me conhecessem, elas não gostariam de mim”. O paciente e o terapeuta podem passar de pensamentos mais superficiais para a crença nuclear, investigando o significado e as implicações dos pensamentos automáticos, como é feito no Quadro 12.1. Todavia, o terapeuta não deve se limitar às estratégias propostas no quadro. Ela é apenas o ponto de partida para um trabalho mais minucioso e detalhado, o qual pode se estender por algumas sessões. Como os pacientes podem ter maior dificuldade para discutir crenças nucleares, consideramos importante apresentar aos pacientes uma fundamentação sólida para explorar as crenças nucleares.

Além disso, se o terapeuta suspeita que o paciente possa ser resistente a discutir suas

crenças nucleares, ele deve primeiro revisar com o paciente as vinhetas de caso relacionadas às crenças nucleares encontradas no Capítulo 12 do manual. Os terapeutas devem utilizar uma combinação entre o questionamento socrático e habilidades de escuta ativa para explorar o significado dos pensamentos automáticos e do afeto associado. As questões desafiadoras podem ser usadas para explorar o significado de um pensamento automático, mas é importante que o paciente experimente e descreva a experiência afetiva associada à resposta das questões desafiadoras. Esse efeito pode desencadear memórias importantes ou outros pensamentos automáticos os quais possam ser explorados. Outra técnica para revelar crenças nucleares é verificar o significado de palavras com carga emocional, como “perfeito”, “certo”, “melhor”, “nunca” e “devo”.

Há vários sinais de que um pensamento automático reflete uma crença nuclear. As crenças nucleares normalmente são crenças arraigadas, as quais parecem fundamentalmente verdadeiras para a pessoa. Com muita frequência, elas faziam parte da realidade no passado ou foram visões transmitidas por pessoas influentes, como os pais. A crença nuclear deve explicar os motivos pelos quais o paciente sente ansiedade social na variedade de situações em que sente, bem como as dimensões identificadas na Hierarquia de medo e evitação.

Uma vez que o terapeuta acredita que a crença nuclear foi identificada, ele deve compartilhá-la com o paciente, incluindo seu entendimento de como ela explica a ansiedade social do paciente. Persons (1989, 2008) identifica vários testes para determinar se o indivíduo está no rumo certo com essa formulação, os quais foram adaptados para este tratamento. Primeiramente, a formulação deve fazer sentido e explicar a maioria dos aspectos da ansiedade social do paciente. Em segundo lugar, o paciente deve reconhecer a formulação como verdadeira. Essa pode ser uma experiência

“a-há” (dar-se conta) para o paciente. Em terceiro, a formulação deve identificar a natureza de exposições futuras. Em quarto lugar, a formulação deve levar a uma intervenção efetiva.

Os exemplos de crenças nucleares apresentados no manual refletem quadros bastante dramáticos, os quais que não estão claros inicialmente a partir dos pensamentos automáticos. Esse nem sempre é o caso, especialmente para indivíduos com medos mais restritos ou que possam estar no começo do curso do transtorno. Para a ansiedade relacionada a falar em público, a crença nuclear pode ser que uma má experiência anterior de falar em público se repetirá. O paciente pode não ter interpretações catastróficas de outra má experiência, mas simplesmente temer o desconforto e as consequências sociais imediatas.

As crenças nucleares não são apenas *insights* e devem ser desafiadas diretamente

Os terapeutas com formação em terapia orientada para o *insight* muitas vezes confundem a identificação de crenças nucleares com o *insight* do paciente. Entender a crença nuclear pode ajudar o paciente a entender mais sobre sua ansiedade social e como superá-la. Todavia, a identificação da crença nuclear somente tem utilidade se direcionar as mudanças cognitivas e comportamentais que devem ocorrer. A menos que o paciente reúna evidências para desafiar a crença nuclear, há pouca razão para pensar que ela mudará. Assim, a crença nuclear ajuda o terapeuta e o paciente a se concentrarem nos tipos de informações discrepantes do esquema que o paciente deve processar para estabelecer mudanças comportamentais e reduções sintomáticas que sejam duradouras. A crença nuclear é desafiada com reestruturação cognitiva e exposição. Esse é o principal foco do restante do tratamento.

(corresponde ao Capítulo 13
do manual do paciente)

Cronograma

Uma sessão; pode ser ampliado para duas sessões se a discussão do progresso revelar a necessidade de mais intervenção

Materiais necessários

- Cópia do manual do paciente
- Social Anxiety Session Change Index (SASCI)
- Gráfico semanal do Social Anxiety Session Change Index (mesma cópia usada na última sessão)
- Quadro “Seja o seu próprio terapeuta cognitivo” preenchidas para o paciente
- Tabela 5.1 (Lista de erros de pensamento)
- Figura 6.1 (Questões desafiadoras)
- Quadro para registrar informações durante exposições na sessão que possam servir como notas de progresso da sessão (ver página 110 deste guia)
- Quadro 7.1 (Seja o seu próprio terapeuta cognitivo)

Sumário da sessão

- Revisar, pontuar e graficar o SASCI
 - Avaliar o progresso
 - Tomar decisões sobre tratamento adicional
 - Discutir a prevenção de recaídas
 - Explicar procedimento de término
 - O que esperar após o tratamento
 - Quando solicitar sessão de reforço
 - Reconhecimento de emoções ambíguas com o fim da terapia
-

Visão geral

O Capítulo 13 do manual do paciente se concentra na avaliação do progresso, prevenção de recaídas e término. Depois de aproximadamente 15 sessões de tratamento para o paciente típico com sintomas moderadamente graves, é o momento de parar e avaliar o progresso. O tratamento para a ansiedade social pode continuar com as mesmas intervenções, podem ser adicionadas outras intervenções, o tratamento pode terminar completamente, ou o foco pode mudar para outras questões.

Avaliando o progresso

A avaliação envolve revisar a *checklist* do progresso, à página 174 do manual, e reavaliar a Hierarquia de medo e evitação. É normal que reste um pouco de ansiedade social, mas as avaliações de evitação devem ser reduzidas dramaticamente. Geralmente, o comportamento de evitação diminui primeiro, seguido por reduções no medo. Se o nível de evitação não se aproximar de zero para muitas situações na hierarquia e/ou as avaliações de medo permanecerem acima de 50 para itens importantes para os objetivos do tratamento, uma intervenção adicional provavelmente será apropriada.

Mesmo que o progresso não tenha sido tão rápido ou completo quanto esperado, quase todos os pacientes terão feito algum progresso neste ponto. O terapeuta deve ajudar o paciente a assumir o crédito pelo progresso e a identificar o erro de pensamento de desqualificar o positivo, quando ocorrer. Uma vantagem de intervenções psicossociais sobre a utilização de medicação é que o paciente pode assumir todo o crédito pela mudança, devido ao seu esforço.

Decisões sobre tratamentos adicionais

Mais do mesmo

Se o tratamento demonstra estar funcionando (i.e., se o paciente parece estar plenamente envolvido na intervenção e o medo e a evitação estão diminuindo), são recomendadas sessões adicionais de reestruturação cognitiva e exposição, especialmente voltadas à crença nuclear. As exposições na sessão podem ser infrequentes, pois a ênfase principal é em fazer mudanças na vida cotidiana do paciente. A avaliação de progresso deve ser repetida conforme o necessário.

Adicionando intervenções

Se o paciente parece estar progredindo, mas tem dificuldade para se envolver plenamente na exposição devido à ansiedade excessiva, talvez seja apropriado usar intervenções adicionais, as quais podem incluir medicação ou outras estratégias de controle da ansiedade, como relaxamento muscular aplicado ou respiração diafragmática. Uma vez que a ansiedade esteja sob maior controle, o paciente deve ser capaz de se envolver mais em exposições na sessão e *in vivo* e na reestruturação cognitiva. A avaliação do progresso deve ser repetida conforme for apropriado.

Descontinuando o tratamento para ansiedade social

Nossos protocolos de pesquisas são de 12 sessões para o tratamento em grupo e 16 sessões ao longo de 20 semanas para o tratamento individual. Para a maioria dos indivíduos com ansiedade social, essa duração parece suficiente para posicioná-los em um novo caminho de menos ansiedade e evitação. Indivíduos com medos mais generalizados podem precisar de sessões adicionais. Independentemente de o tratamen-

to parar na primeira avaliação do progresso ou depois do tratamento adicional, é provável que ainda reste alguma ansiedade. Não obstante, o paciente deve se sentir razoavelmente confiante para continuar a enfrentar os medos restantes por conta própria. As habilidades cognitivas estão firmemente instaladas para enfrentar a ansiedade que ocorrer à medida que o indivíduo se depara com novas situações. A postura de que a ansiedade é um sinal para enfrentar os medos, e não evitá-los, foi estabelecida de maneira sólida. Se for tomada a decisão de parar com o tratamento, o material sobre prevenção de recaídas, do Capítulo 13 do manual do paciente, deve ser trabalhado minuciosamente. Isso geralmente exige de meia a uma sessão. Parar ou descontinuar gradualmente o tratamento para a ansiedade social não significa que as sessões terminem necessariamente. Nossa pesquisa sugere que condições comórbidas, como a depressão, geralmente melhoram com o tratamento da ansiedade social. Todavia, ocasionalmente, o paciente tem outras preocupações que devem ser foco de intervenção.

Prevenção de recaídas

À medida que o tratamento da ansiedade social se aproxima do fim, os pacientes podem se sentir bastante vulneráveis a recaídas, pois deixam o apoio constante e a estrutura da terapia. Pesquisas em outras áreas, como abuso de substâncias (Marlatt & Gordon, 1985), indicam que a incorporação de estratégias de prevenção de recaídas ajuda a manter os ganhos do tratamento. O manual do paciente contém várias técnicas de prevenção de recaídas, incluindo estratégias para estabelecer mudanças contínuas e instruções sobre quando retornar para as sessões de reforço.

Para alguns pacientes, os terapeutas talvez tenham notado que há indivíduos ou circunstâncias em suas vidas que esti-

mulam o retorno a padrões anteriores de comportamento. Pode ser um familiar que esteja mais acostumado com uma pessoa ansiosa e esquiva e, propositalmente ou não, reforce os comportamentos problemáticos. Embora a maioria dos terapeutas reconheça que a tendência à homeostase em família e em redes sociais mais amplas pode encorajar as recaídas, essa noção é nova para a maioria dos pacientes. Pode ser importante identificar onde tais pressões possam estar, à medida que o paciente tenta estabelecer um novo padrão comportamental para abordar situações as quais antes temia. É encorajador que, uma vez estabelecido o novo padrão, a mesma homeostase possa ajudar a mantê-lo.

Uma das principais razões para enfatizarmos que os pacientes aprendam a utilizar habilidades de reestruturação cognitiva por conta própria, além da ajuda do terapeuta na sessão, é que essas habilidades são muito úteis para a vida. O fato de ter as habilidades cognitivas disponíveis deve ajudar o paciente a trabalhar com situações novas e inevitáveis que provoquem ansiedade, assim como outros estressores da vida. O paciente também deve ser capaz de identificar erros de pensamento relacionados ao seu progresso continuado, como Desqualificar o Positivo quando ocorrerem sucessos, e Catastrofização quando houver retrocessos.

Em nossa experiência, os pacientes inevitavelmente fazem uma breve pausa em suas tentativas de enfrentar situações difíceis nas primeiras semanas depois da terapia. Sem a estrutura da tarefa de casa semanal, eles podem não procurar situações novas de maneira consistente. Combatemos essa tendência pedindo para estabelecerem um objetivo para um mês após o tratamento. Geralmente, nós os incentivamos a anotar esse objetivo em sua agenda, como um lembrete para retomarem o rumo, de forma a manterem o progresso e a continuarem a vencer a ansiedade social.

Término

O manual do paciente também aborda as questões comuns relacionadas ao término, incluindo o que esperar após o tratamento, como saber quando pedir uma sessão de reforço ao terapeuta e reconhecer as próprias emoções ambíguas quanto ao término da terapia. No tratamento em grupo, terminamos a última sessão com refrescos e salgadinhos para proporcionar ao grupo tempo para se despedir e ajudar na transição para o fim da terapia.

Apenas um pequeno número de pacientes procura sessões de reforço, e muitas delas podem ser feitas pelo telefone. Normalmente, os indivíduos que foram bem no tratamento mantêm um progresso continuado. As sessões de reforço tendem a ocorrer apenas quando novas circuns-

tâncias evocam aumentos substanciais no nível de ansiedade.

Os indivíduos socialmente ansiosos, especialmente os que costumam ser muito isolados, podem se apegar demais ao terapeuta. Esse forte vínculo pode ser útil durante o tratamento, pois o paciente precisa confiar no terapeuta para fazer as exposições e se abrir sobre seus pensamentos automáticos. Todavia, ao terminar o tratamento, o terapeuta deve garantir que presta suficiente atenção a esse vínculo. Pode ser importante enxergar o término como um momento de comemoração das realizações do paciente. De fato, muitas vezes, referimo-nos ao término como a “graduação”. O terapeuta deve expressar sentimentos positivos por ter trabalhado com o paciente e por suas realizações. Também é importante modelar que é aceitável sentir tristeza ao final da terapia.

APÊNDICE DE MEDIDAS DE AVALIAÇÃO



SIAS

Para cada questão, preencha a lacuna com um número para indicar o grau no qual você sente que a afirmação é característica ou verdadeira a seu respeito. A escala de avaliação é a seguinte:

- 0 = Nada característico ou verdadeiro a meu respeito
- 1 = Levemente característico ou verdadeiro a meu respeito
- 2 = Moderadamente característico ou verdadeiro a meu respeito
- 3 = Muito característico ou verdadeiro a meu respeito
- 4 = Extremamente característico ou verdadeiro a meu respeito

- _____ 1. Fico nervoso quando tenho que falar com alguém em posição de autoridade (professor, chefe).
- _____ 2. Tenho dificuldade para estabelecer contato visual com as pessoas.
- _____ 3. Fico tenso quando tenho que falar sobre mim ou meus sentimentos.
- _____ 4. Tenho dificuldade para conviver confortavelmente com as pessoas com quem trabalho.
- _____ 5. Tenho facilidade para fazer amigos da minha idade.
- _____ 6. Fico tenso quando encontro um conhecido na rua.
- _____ 7. Quando convivo socialmente, fico desconfortável.
- _____ 8. Fico tenso quando estou sozinho com apenas uma pessoa.
- _____ 9. Fico à vontade quanto encontro pessoas em festas, etc.
- _____ 10. Tenho dificuldade para falar com outras pessoas.
- _____ 11. Tenho facilidade para pensar em coisas para falar.
- _____ 12. Preocupo-me em me expressar, pois posso parecer desajeitado.
- _____ 13. Tenho dificuldade para discordar do ponto de vista de outra pessoa.
- _____ 14. Tenho dificuldade para falar com pessoas atraentes do sexo oposto.
- _____ 15. Preocupo-me em não saber o que dizer em situações sociais.
- _____ 16. Fico nervoso ao conviver com pessoas que não conheço bem.
- _____ 17. Sinto que vou dizer algo embaraçoso quando falo.
- _____ 18. Ao conviver em um grupo, preocupo-me em ser ignorado.
- _____ 19. Fico tenso ao conviver em um grupo.
- _____ 20. Não tenho certeza se devo cumprimentar alguém que conheço superficialmente.

Social Interaction Anxiety Scale (SIAS). Reimpresso sob permissão de Richard P. Mattick.

SPS

Para cada questão, preencha a lacuna com um número para indicar o grau no qual você sente que a afirmação é característica ou verdadeira a seu respeito. A escala de avaliação é a seguinte:

- 0 = Nada característico ou verdadeiro a meu respeito
- 1 = Levemente característico ou verdadeiro a meu respeito
- 2 = Moderadamente característico ou verdadeiro a meu respeito
- 3 = Muito característico ou verdadeiro a meu respeito
- 4 = Extremamente característico ou verdadeiro a meu respeito

- _____ 1. Fico ansioso quando tenho que escrever na frente de outras pessoas.
- _____ 2. Fico introvertido quando uso banheiros públicos.
- _____ 3. Posso subitamente ficar consciente da minha própria voz e as pessoas me escutando.
- _____ 4. Fico nervoso quando as pessoas me olham enquanto caminho pela rua.
- _____ 5. Temo que possa corar quando estou com outras pessoas.
- _____ 6. Fico introvertido quando tenho que entrar em uma sala com outras pessoas já sentadas.
- _____ 7. Preocupo-me em tremer quando sou observado por outras pessoas.
- _____ 8. Eu ficaria tenso se tivesse que sentar de frente para outras pessoas em um ônibus ou trem.
- _____ 9. Tenho pânico de que os outros possam me ver desmaiar ou passar mal.
- _____ 10. Eu teria dificuldade para beber algo em um grupo de pessoas.
- _____ 11. Comer em um restaurante na frente de um estranho me deixaria introvertido.
- _____ 12. Preocupo-me que as pessoas pensem que o meu comportamento é estranho.
- _____ 13. Eu ficaria tenso se tivesse que carregar uma bandeja em vez de um refeitório lotado.
- _____ 14. Preocupo-me que possa perder o controle na frente de outras pessoas.
- _____ 15. Preocupo-me que possa fazer algo que atraia a atenção das pessoas.
- _____ 16. Quando estou no elevador, fico tenso se as pessoas olham para mim.
- _____ 17. Posso me sentir muito observado quando estou em uma fila.
- _____ 18. Posso ficar tenso quando falo na frente de outras pessoas.
- _____ 19. Preocupo-me que a minha cabeça possa balançar ou “pescar” e as pessoas possam ver.
- _____ 20. Fico desconfortável e tenso quando sei que alguém está me observando.

BFNE

Leia cada uma das afirmações a seguir e indique o quanto é característico de você conforme a escala abaixo.

- 0 = Nada característico a meu respeito
- 1 = Levemente característico a meu respeito
- 2 = Moderadamente característico a meu respeito
- 3 = Muito característico a meu respeito
- 4 = Extremamente característico a meu respeito

- _____ 1. Preocupo-me com o que as pessoas pensarão de mim, mesmo que saiba que não faz diferença.
- _____ 2. Não me preocupo, mesmo quando sei que as pessoas estão formando uma impressão desfavorável de mim.
- _____ 3. Costumo ter medo de que as pessoas notem as minhas limitações.
- _____ 4. Raramente me preocupo com o tipo de impressão que estou causando nas pessoas.
- _____ 5. Tenho medo que as pessoas não me aproveem.
- _____ 6. Tenho medo que as pessoas enxerguem falhas em mim.
- _____ 7. As opiniões que as pessoas têm de mim não me incomodam.
- _____ 8. Quando estou falando com alguém, preocupo-me com o que podem estar pensando a meu respeito.
- _____ 9. Geralmente, preocupo-me com o tipo de impressão que causo.
- _____ 10. Quando sei que alguém está me julgando, isso tem pouco efeito em mim.
- _____ 11. Às vezes, acho que me preocupo demais com o que as pessoas pensam a meu respeito.
- _____ 12. Com frequência, preocupo-me que possa dizer ou fazer algo errado.

Brief Fear of Negative Evaluation Scale (BFNE). Reimpresso a partir de Leary, M. R. (1983). A Brief Version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 373. Copyright © 1983 Society for Personality and Social Psychology. Reimpresso sob permissão de Sage Publications. Todos os direitos reservados.

LSAS

Esta medida avalia a maneira como a fobia social desempenha um papel em sua vida em uma variedade de situações. Leia cada situação cuidadosamente e responda duas questões sobre a situação. A primeira questão avalia o quanto você se sente ansioso ou com medo na situação. A segunda avalia a frequência com que você evita a situação. Se você se depara com uma situação que não ocorre normalmente, pedimos para você imaginar “o que faria se se deparasse com essa situação” e, depois, avaliar o grau no qual temeria essa situação hipotética e a frequência com que tenderia a evitá-la. Fundamentalmente suas avaliações na maneira como as situações afetaram você na semana passada. **Preencha a escala abaixo com a resposta mais adequada entre as fornecidas a seguir.**

Medo ou ansiedade	Evitação
0 = Nenhum	0 = Nunca (0%)
1 = Leve	1 = Ocasionalmente (1%-33%)
2 = Moderado	2 = Frequente (33%-67%)
3 = Grave	3 = Geralmente (67%-100%)

Escalas de avaliação de medo e evitação para serem utilizadas pelo paciente durante a administração clínica da Liebowitz Social Anxiety Scale. Esta escala é patenteada e não pode ser reproduzida sem a permissão do detentor dos direitos, Michael R. Liebowitz, M.D., que pode ser encontrado pelo *e-mail* MRL1945@aol.com.br.

	Medo		Evitação	
	(S)	(D)	(S)	(D)
1. Falar ao telefone em público				
2. Participar de grupos pequenos				
3. Comer em locais públicos				
4. Beber com outras pessoas em locais públicos				
5. Falar com pessoas em posição de autoridade				
6. Atuar, apresentar-se ou falar na frente de uma plateia				
7. Ir a uma festa				
8. Trabalhar enquanto está sendo observado				
9. Escrever enquanto está sendo observado				
10. Telefonar para alguém que não conhece muito bem				
11. Falar com pessoas que não conhece muito bem				

	Medo		Evitação	
	(S)	(D)	(S)	(D)
12. Conhecer estranhos				
13. Urinar em um banheiro público				
14. Entrar em uma sala com pessoas já sentadas				
15. Ser o centro da atenção				
16. Falar em uma reunião				
17. Fazer um teste				
18. Expressar discordância ou desaprovação para pessoas que não conhece bem				

	Medo		Evitação	
	(S)	(D)	(S)	(D)
19. Olhar nos olhos pessoas que não conhece muito bem				
20. Fazer um relato a um grupo				
21. Aproximar-me de alguém com intenções de namoro				
22. Devolver mercadorias em uma loja				
23. Dar uma festa				
24. Resistir a um vendedor insistente				
Subescalas de desempenho				
Subescalas de interação social				
Subescala de medo total				
Subescala de evitação total				
ESCORE TOTAL				

Liebowitz Social Anxiety Scale. Reimpresso sob permissão de Michael R. Liebowitz. Esta escala é patenteada e não pode ser reproduzida sem a permissão do detentor dos direitos, Michael R. Liebowitz, M.D., que pode ser encontrado pelo e-mail MRL1945@aol.com.br.

Tabela A.1 Instruções de pontuação para instrumentos de avaliação da ansiedade social

Instrumento	Instruções de pontuação
Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)	Inverter escore de itens 5, 9 e 11, e somar itens 1 a 20.
Social Phobia Scale (SPS)	Somar itens 1 a 20.
Brief Fear of Negative Evaluation Scale (BFNE)	Inverter escores de itens 2, 4, 7 e 10, e somar todos os itens.
Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) Medo de interações sociais	Somar itens de medo social (S) 5, 7, 19, 11, 12, 15, 18, 19, 22, 23 e 24.
Evitação de interações sociais	Somar itens de evitação social (S) 5, 7, 19, 11, 12, 15, 18, 19, 22, 23 e 24.
Medo do desempenho	Somar itens de medo do desempenho (D) 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 13, 14, 16, 17, 20 e 21.
Evitação do desempenho	Somar itens de evitação do desempenho (D) 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 13, 14, 16, 17, 20 e 21.
Medo total	Somar itens de medo social (S) e do desempenho (D) de 1 a 24.
Evitação total	Somar itens de evitação social (S) e do desempenho (D) de 1 a 24.
Escore total	Somar a subescala total de medo e a subescala total de evitação

Obs.: As informações da Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) foram derivadas da versão da escala administrada pelo clínico.

Tabela A.2 Médias, desvios padrão e pontos de corte sugeridos, derivados de amostras de pacientes com transtorno de ansiedade social e controles da comunidade em medidas de ansiedade social

Instrumento	Amplitude	Média (desvio padrão)		Pontos de corte sugeridos	
		Pacientes ¹	Controles ²	Transtorno de ansiedade social ³	Subtipo generalizado ⁴
Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)	0-80	49,0 (15,6)	19,9 (14,2)	34	42
Social Phobia Scale (SPS)	0-80	32,8 (14,8)	12,5 (11,5)	24	-
Brief Fear of Negative Evaluation Scale (BFNE)	12-60	46,1 (9,5)	26,2 (5,1)	-	-
Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)	0-33	16,9 (7,7)	3,1 (3,0)	-	-
Medo de interações sociais					
Evitação de interações sociais	0-33	15,7 (8,2)	3,1 (3,5)	-	-
Medo do desempenho	0-39	18,6 (6,8)	3,8 (3,3)	-	-
Evitação do desempenho	0-39	16,0 (7,3)	3,6 (3,3)	-	-
Medo total	0-72	35,5 (13,6)	6,9 (5,8)	-	-
Evitação total	0-72	31,6 (14,5)	6,7 (6,0)	-	-
Escore total	0-144	67,2 (27,5)	13,6 (11,1)	30	60

Obs.: As informações da Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) foram derivadas da versão da escala administrada pelo clínico.

¹Dados da Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) e da Social Phobia Scale (SPS) são de Heimberg, R. G., Mueller, G. P., Holt, C. S., Hope, D. A., & Liebowitz, M. R. (1992). Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: The Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behavior Therapy*, 23, 53-73. Dados da Brief Fear of Negative Evaluation (BFNE) Scale são de Weeks J. W., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Hart, T. A., Turk, C. L., Schneier, F. R., et al. (2005). Empirical validation and psychometric evaluation of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale in patients with social anxiety disorder. *Psychological Assessment*, 17, 179-190; dados da LSAS são de Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S.A., Brown, E. J., Schneier, F. R., et al. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29, 199-212

²Dados da SIAS e da SPS são de Heimberg, R. G., Mueller, G. P., Holt, C. S., Hope, D. A., & Liebowitz, M. R. (1992). Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: The Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behavior Therapy*, 23, 53-73. Dados da BFNE são de Weeks et al. (2005); dados da LSAS são de Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, E R., et al. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29, 199-212.

³Dados da SIAS e da SPS são de Heimberg, R. G., Mueller, G. P., Holt, C. S., Hope, D. A., & Liebowitz, M. R. (1992). Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: The Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behavior Therapy*, 23, 53-73. Dados de escores totais na LSAS são de Mennin, D. S., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Davies, S. O., & Liebowitz, M. R. (2002). Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: Using the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 661-673.

⁴Dados da SIAS são de Mennin, D. S., Fresco, D. M., & Heimberg, R. G., (1998, Novembro). Determining subtype of social phobia in session: Validation using a receiver operating characteristic (ROC) analysis. Artigo apresentado na 32ª reunião anual da Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC. Dados de escores totais na LSAS Total Score são de Mennin, D. S., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Davies, S. O., & Liebowitz, M. R. (2002). Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: Using the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 661-673.

REFERÊNCIAS



- Abbott, M. J., & Rapee, R. M. (2004). Post-event rumination and negative self-appraisal in social phobia before and after treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 136-144.
- Acarturk, C., Cuijpers, P., van Straten, A., & de Graaf, R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 39, 241-254.
- Alden, L. E., & Wallace, S. T. (1995). Social phobia and social appraisal in successful and unsuccessful social interactions. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 497-505.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., revised). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Arkowitz, H., & Westra, H. (2004). Integrating motivational interviewing and cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 18, 337-349.
- Asmundson, G. J. G., & Stein, M. B. (1994). Selective attention for social threat in patients with generalized social phobia: Evaluation using a dot-probe paradigm. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 107-117.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory manual* (2nd ed.). San Antonio: The Psychological Corporation.
- Blackmore, M., Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Magee, L., & Fresco, D. M. (2009). Social anxiety disorder and specific phobias. In M. G. Gelder, J. J. Lopez-Ibor, N. C. Andreasen, & J. Geddes (Eds.), *New oxford textbook of psychiatry* (2nd ed., Vol. 1, pp. 739-750). Oxford: Oxford University Press.
- Blanco, C., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Fresco, D. M., Chen, H., Turk, C. L., et al. (2010). A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioral group therapy and their combination for social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67, 286-295.
- Borkovec, T. D., & Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 257-260.
- Brown, E. J., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 26, 467-486.
- Brown, E. J., Turovsky J., Heimberg, R. G., Juster, H. R., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1997). Validation of the social interaction anxiety scale and the social phobia scale across the anxiety disorders. *Psychological Assessment*, 9, 21-27.
- Brozovich, F., & Heimberg, R. G. (2008). An analysis of post-event processing in social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 28, 891-903.

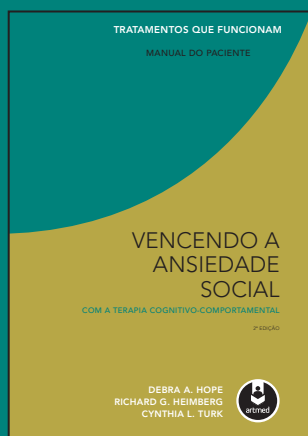
- Bruch, M. A., Gorsky J. M., Collins, T. M., & Berger, P. (1989). Shyness and sociability reexamined: A multicomponent analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 904-915.
- Chambless, D. L., Tran, G. Q., & Glass, C. R. (1997). Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 221-240.
- Chartier, M. J., Hazen, A. L., & Stein, M. B. (1998). Lifetime patterns of social phobia: A retrospective study of the course of social phobia in a nonclinical population. *Depression and Anxiety*, 7, 113-121.
- Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. In W. R. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 405-430). New York: John Wiley & Sons.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford Press.
- Coles, M. E., Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Fresco, D. M. (2001). Effects of varying levels of anxiety within social situations: Relationship to memory perspective and attributions in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 651-665.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Connor, K. M., Kobak, K. A., Churchill, L. E., Katzelnick, D., & Davidson, J. R. T. (2001). Mini-SPIN: A brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 176, 137-140.
- Cuming, S., Rapee, R. M., Kempa, N., Abbott, M. J., Peters, L., & Gaston, J. E. (2009). A self-report measure of subtle avoidance and safety behaviors relevant to social anxiety: Development and psychometric properties. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 879-883.
- Dannahy, L., & Stopa, L. (2007). Post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1207-1219.
- Davidson, J. R. T., Foa, E. B., Huppert, J. D., Keefe, F. J., Franklin, M. E., Compton, J., et al. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1005-1013.
- Davidson, J. R. T., Potts, N. L. S., Richichi, E. A., Krishnan, R. R., Ford, S. M., Smith, R. D., et al. (1991). The brief social phobia scale. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 48-51.
- De Coteau, T., Anderson, J., & Hope, D. A. (2006). Adapting manualized treatments: Treating anxiety disorders among Native Americans. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 304-309.
- DiNardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV Lifetime version* (ADIS-IV-L). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- DiNardo, P. A., O'Brien, G. T., Barlow, D. H., Waddell, M. T., & Blanchard, E. B. (1983). Reliability of DSM-III anxiety disorder categories using a new structured interview. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1070-1074.
- Edelman, R. E., & Chambless, D. L. (1995). Adherence during session and homework in cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 573-577.
- Edwards, S. L., Rapee, R., & Franklin, J. (2003). Post-event rumination and recall bias for social performance event in high and low socially anxious individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 603-617.
- Emge, T. M., & Hope, D. A. (2010). Social anxiety disorder. In J. C. Thomas & M. Hersen (Eds.), *Handbook of clinical psychology competencies*. New York: Springer.
- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Juster, H. R., & Mindlin, M. (2002). Comorbid anxiety and mood disorders among persons with social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 19-35.
- Fedoroff, I. C., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments for social anxiety disorder: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 311-324.
- Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 295- 720.
- Feske, U., Perry, K. J., Chambless, D. L., Renneberg, B., & Goldstein, A. J. (1996). Avoidant personality disorder as a predictor for severity and treatment outcome among generalized social phobics. *Journal of Personality Disorders*, 10, 174-184.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. (2002). *Structured clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorders-Patient edition (SCID-I/P)*. New York, NY: Biometrics Research Department.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., et al. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison

- of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31, 1025-1035.
- Frisch, M. B. (1994). *Manual and treatment guide for the Quality of Life Inventory*. Minneapolis, MN: National Computer Systems, Inc.
- Gilbert, P. (2001). Evolution and social anxiety: The role of attraction, social competition, and social hierarchies. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 723-752.
- Glasgow, R. E., & Arkowitz, H. (1975). The behavioral assessment of male and female social competence in dyadic interactions. *Behavior Therapy*, 488-498.
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W., & Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 291-306.
- Hackmann, A., Clark, D. M., & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 601-610.
- Hackmann, A., Surawy, C., & Clark, D. M. (1998). Seeing yourself through others' eyes: A study of spontaneously occurring images in social phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 3-12.
- Halford, K., & Foddy, M. (1982). Cognitive and social skill: correlates of social anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 17-28.
- Hart, T. A., Jack, M. S., Turk, C. L., & Heimberg, R. G. (1999). Issue: for the measurement of social anxiety disorder (social phobia). In H. G. M. Westenberg & J. A. Den Boer (Eds.), *Focus on psychiatry: Social anxiety disorder* (pp. 133-155). Amsterdam: Syn-Thesis Publishers.
- Harvey, A. G., Clark, D. A., Ehlers, A., & Rapee, R. M. (2000). Social anxiety and self-impression: Cognitive preparation enhances the beneficial effects of video feedback following a stressful social task. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1183-1192.
- Hayes, S. A., Hope, D. A., VanDyke, M., & Heimberg, R. G. (2007). Working alliance for clients with social anxiety disorder: Relationship with session helpfulness and within-session habituation. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 34-42.
- Hayes, S. A., Miller, N. A., Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (2008). Assessing client progress session-by-session in the treatment of social anxiety disorder: The Social Anxiety Session Change Index. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 203-211.
- Hays, P. A., & Iwamasa, G. Y. (2006). *Culturally responsive cognitive-behavioral therapy: Assessment, practice, and supervision*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L., & Becker, R. E. (1990). Cognitive behavioral group treatment of social phobia: Comparison to a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23.
- Heimberg, R. G., & Holaway, R. M. (2007). Examination of the known-groups validity of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Depression and Anxiety*, 24, 447-454.
- Heimberg, R. G., Holt, C. S., Schneier, F. R., Spitzer, R. L., & Liebowitz, M. R. (1993). The issues of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 249-269.
- Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R., et al. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29, 199-212.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., et al. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs. phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1133-1141.
- Heimberg, R. G., Mueller, G. P., Holt, C. S., Hope, D. A., & Liebowitz, M. R. (1992). Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: The Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behavior Therapy*, 23, 53-73.
- Heimberg, R. G., Salzman, D. G., Holt, C. S., & Blendell, K. A. (1993). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year follow-up. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 325-339.
- Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2002). Assessment of social phobia. In R. G. Heimberg & R. E. Becker (Eds.), *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical applications* (pp. 107-126). New York: Guilford Press.
- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Myers, V. H., Dalrymple, K., & Nolan, E. M. (2005). Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 36, 125-138.
- Herek, G. M. (2009). Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: A conceptual framework. In D. A. Hope (Ed.), *Contemporary perspectives on lesbian, gay, and bisexual identities: The 54th Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 65-111). New York: Springer.
- Hirsch, C. R., & Clark, D. M. (2004). Information-processing bias in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24, 799-825.
- Hirsch, C., Clark, D. M., & Mathews, A. (2006). Imagery and interpretations in social phobia: Support for the combined cognitive biases hypothesis. *Behavior Therapy*, 37, 223-236.

- Hofmann, S. G., Newman, M. G., Becker, E., Taylor, C. B., & Roth, W. T. (1995). Social phobia with and without avoidant personality disorder: Preliminary behavior therapy outcome findings. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 427-438.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G., Hope, D. A., & Liebowitz, M. R. (1992). Situational domains of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, G3-77.
- Hope, D. A. (1993). Exposure and social phobia: Assessment and treatment considerations. *The Behavior Therapist*, 16, 7-12.
- Hope, D. A., Burns, J. A., Hayes, S. A., Herbert, J. A., & Warner, M. D. (2010). Automatic thoughts and cognitive restructuring in cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 1-12.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Bruch, M. A. (1995). Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 637-650.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2010). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach* (Client Workbook, 2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Hope, D. A., Herbert, J. D., & White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 399-417.
- Hope, D. A., Rapee, R. M., Heimberg, R. G., & Dombeck, M. (1990). Representation of the self in social phobia: Vulnerability to social threat. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 177-189.
- Human Rights Campaign. (2009). *Federal legislation: Employment nondiscrimination act*. Retrieved April 29, 2009, from http://www.hrc.org/laws_and_elections/4732.htm
- Izard, C. E. (1992). Basic emotions, relations among emotions, and emotion-cognition relations. *Psychological Review*, 200, 68-90.
- Katzelnick, D. J., Kobak, K., DeLeire, T., Henk, H. J., Greist, J., Davidson, J. R. T., et al. (2001). Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1999-2007.
- Kendall, P. C., Chu, B., Gifford, A., Hayes, C., & Nauta, M. (1998). Breathing life into a manual: Flexibility and creativity with manual-based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 177-198.
- Kendall, P. C., Gosch, E., Furr, J. M., & Sood, E. (2008). Flexibility within fidelity. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1-7.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Koszycki, D., Bengner, M., Shlik, J., & Bradwejn, J. (2007). Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2518-2526.
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.
- Ledley, D. R., Heimberg, R. G., Hope, D. A., Hayes, S. A., Zaider, T. I., Van Dyke, M., et al. (2009). Efficacy of a manualized and workbook-driven individual treatment for social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 40, 414-424.
- Leung, A. W., & Heimberg, R. G. (1996). Homework compliance, perceptions of control, and outcome of cognitive-behavioral treatment for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 423-432.
- Liddle, B. J. (1996). Therapist sexual orientation, gender, and counseling practices as they relate to ratings on helpfulness by gay and lesbian clients. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 394-401.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Hope, D. A., Davies, S., Holt, C. S., et al. (1999). Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: Long-term outcome. *Depression and Anxiety*, 10, 89-98.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H.-U., McGonagle, K. A., & Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. G. (Eds.) (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Martell, C. R., Safren, S. A., & Prince, S. E. (2004). *Cognitive-behavioral therapies with lesbian, gay, and bisexual clients*. New York: Guilford Press.
- Mattia, J. I., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1993). The revised Stroop color-naming task in social phobics. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 305-313.
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.

- McEwan, K. L., & Devins, G. M. (1983). Is increased arousal in social anxiety noticed by others? *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 417-421.
- Mattick, R. P., Peters, L., & Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 3-23.
- Meier, V. J., & Hope, D. A. (1998). Assessment of social skills. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook* (pp. 232-255). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Mennin, D. S., Fresco, D. M., & Heimberg, R. G. (1998, Novembro). *Determining subtype of social phobia in session: Validation using a receiver operating characteristic (ROC) analysis*. Artigo apresentado na 32ª reunião anual da Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington DC.
- Mennin, D. S., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Davies, S. O., & Liebowitz, M. R. (2002). Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: Using the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 661-673.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Morgan, K. S. (1992). Caucasian lesbians' use of psychotherapy: A matter of attitude? *Psychology of Women Quarterly*, 16, 127-130.
- Norton, P. J., & Hope, D. A. (2001). Kernels of truth or distorted perceptions: Self and observer ratings of social anxiety and performance. *Behavior Therapy*, 32, 765-786.
- Öst, L. G. (1987). Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 397-409.
- Pachankis, J. E., & Goldfried, M. R. (2004). Clinical issues in working with lesbian, gay, and bisexual clients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 227-246.
- Pachankis, J. E., & Goldfried, M. R. (2006). Social anxiety in young gay men. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 996-1015.
- Perini, S. J., Abbott, M. J., & Rapee, R. M. (2006). Perception of performance as a mediator in the relationship between social anxiety and negative post-event rumination. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 645-659.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: W W Norton & Co.
- Persons, J. B. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavioral therapy*. New York: Guilford Press.
- Powers, M. B., Sigmarsson, S. R., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). A meta-analytic review of psychological treatments for social anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 94-113.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Rapee, R. M., & Lim, L. (1992). Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 728-731.
- Reich, J., Goldenberg, I., Vasile, R., Goisman, R., & Keller, M. (1994). A prospective follow-along study of the course of social phobia. *Psychiatry Research*, 54, 249-258.
- Rodebaugh, T. L. (2004). I might look OK, but I'm still doubtful, anxious, and avoidant: The mixed effects of enhanced video feedback on social anxiety symptoms. *Behaviour Therapy and Research*, 42, 1435-1451.
- Rodebaugh, T. L., & Chambless, D. L. (2002). The effects of video feedback on self-perception of performance: A replication and extension. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 629-644.
- Rodebaugh, T. L., Woods, C. M., & Heimberg, R. G. (2007). The reverse of social anxiety is not always the opposite: The reverse-scored items of the Social Interaction Anxiety Scale do not belong. *Behavior Therapy*, 38, 192-206.
- Rodebaugh, T. L., Woods, C. M., Thissen, D. M., Heimberg, R. G., Chambless, D. L., & Rapee, R. M. (2004). More information from fewer questions: The factor structure and item properties of the original and Brief Fear of Negative Evaluation Scale. *Psychological Assessment*, 16, 169-181.
- Roth, D., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2001). Interpretations for anxiety symptoms in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 129-138.
- Roth, D. A., & Heimberg, R. G. (2001). Cognitive-behavioral models of social anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 753-771.
- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sateen, J., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38, r5-28.
- Safren, S. A., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1997). Client expectancies and their relationship to pretreatment symptomatology and outcome of cognitive-behavioral group treatment for social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 694-698.
- Schneier, F. R., Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Marshall, R. D., & Mellman, L. (2007). Social anxiety disorder and specific phobias. In G. O. Gabbard (Ed.),

- Gabbard's treatments of psychiatric disorders (4th ed., pp. 495-506). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Schneier, F. R., Heckelman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A., et al. (1994). Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 322-331.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Schultz, L. T., & Heimberg, R. G. (2008). Attentional focus in social anxiety disorder: Potential for interactive processes. *Clinical Psychology Review*, 28, 1206-1221.
- Soifer, S., Zgourides, G., Himle, J., & Pickering, N. L. (2001). *Shy bladder syndrome: Your step-by-step guide to overcoming paruresis*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Sposari, J. A., & Rapee, R. M. (2007). Attentional bias toward facial stimuli under conditions of social threat in socially phobic and nonclinical participants. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 23-37.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: Individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 991-1007.
- Stein, M. B., Chartier, M. J., Hazen, A. L., Kozak, M. V., Tancer, M. E., Lander, S., et al. (1998). A direct interview family study of generalized social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 155, 90-97.
- Stopa, L., & Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 255-267.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- Tompkins, M. A. (2004). *Using homework in psychotherapy: Strategies, guidelines and forms*. New York: Guilford Press.
- Trower, P., & Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 19-35.
- Turk, C. L., Lerner, J., Heimberg, R. G., & Rapee, R. M. (2001). An integrated cognitive-behavioral model of social anxiety. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds.), *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives* (pp. 281-303). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 2, 35-40.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Wolff, P. L., Spaulding, S., & Jacob, R. G. (1996). Clinical features affecting treatment outcome in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 795-804.
- Veljaca, K., & Rapee, R. M. (1998). Detection of negative and positive audience behaviors by socially anxious subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 311-321.
- Vriends, N., Becker, E. S., Meyer, A., Michael, T., & Margraf, J. (2007). Subtypes of social phobia: Are they of any use? *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 59-75.
- Walsh, K., & Hope, D. A. (2010). LGB affirmative cognitive behavioral treatment for social anxiety: A case study applying evidence-based practice principles. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 56-65.
- Walters, K. S., & Hope, D. A. (1998). Analysis of social behavior in individuals with social phobia and nonanxious participants using a psychobiological model. *Behavior Therapy*, 29, 387-407.
- Weeks, J. W., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Hart, T. A., Turk, C. L., Schneier, F. R., et al. (2005). Empirical validation and psychometric evaluation of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale in patients with social anxiety disorder. *Psychological Assessment*, 17, 179-190.
- Weeks, J. W., Spokas, M. E., & Heimberg, R. G. (2007). Psychometric evaluation of the Mini-Social Phobia Inventory (Mini-SPIN) in a treatment-seeking sample. *Depression and Anxiety*, 24, 382-391.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34-52.
- Wells, A., Clark, D. M., & Ahmad, S. (1998). How do I look with my minds eye: Perspective taking in social phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 631-634.
- Westra, H. A., & Dozois, D. J. A. (2006). Preparing clients for cognitive behavioural therapy: A randomized pilot study of motivational interviewing for anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 481-498.
- Widiger, T. A. (1992). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: A commentary on three studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 340-343.
- Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1967). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses*. Oxford: Pergamon Press.



CONHEÇA TAMBÉM E
UTILIZE EM CONJUNTO
COM ESTA OBRA.

O transtorno de ansiedade social é um transtorno comum que pode interferir negativamente na rotina normal da pessoa, incluindo a escola, o trabalho e os relacionamentos. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é o tratamento psicológico mais eficaz para este tipo de transtorno.

Este guia traz uma atualização em procedimentos e fundamentação, refletindo o atual trabalho científico e clínico na área. Com instruções para exposições na sessão, exercícios de treinamento, tarefas e exemplos de casos, a obra constitui um programa de TCC claro e eficiente e proporciona um tratamento acessível, cientificamente seguro e comprovadamente eficaz.

O guia fornece informações úteis para estruturar o tratamento em 16 sessões, listas de materiais necessários e tarefas de casa. Junto com o manual do paciente, forma um pacote de tratamento completo que contém tudo que você precisa para ajudar seus pacientes a se recuperarem e desfrutarem de vidas produtivas.

TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL

ISBN 978-85-363-2762-4



www.grupoa.com.br



grupo **a**
Conhecimento que transforma.