

## TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL – UMA PROPOSTA DE EXERCÍCIO SISTEMÁTICO: CICLO DA ANSIEDADE SOCIAL E CICLO ALTERNATIVO DA ANSIEDADE SOCIAL

### COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN SOCIAL ANXIETY DISORDER – A SYSTEMATIC EXERCISE PROPOSAL: SOCIAL ANXIETY CYCLE AND ALTERNATIVE SOCIAL ANXIETY CYCLE

#### Resumo

O presente artigo inicia pela revisão dos modelos cognitivos e dos princípios gerais da terapia cognitivo-comportamental (TCC) no transtorno de ansiedade social. Em seguida, os autores propõem um exercício sistemático a ser utilizado especialmente durante as sessões da TCC de psicoeducação e reestruturação cognitiva. Tendo por base o ciclo da ansiedade social disfuncional, o qual colabora para a manutenção dos sintomas de ansiedade social, paciente e terapeuta trabalham ativamente buscando um ciclo mais funcional, o ciclo alternativo da ansiedade social.

**Palavras-chave:** Transtorno de ansiedade social, terapia cognitivo-comportamental, ciclo da ansiedade social, ciclo alternativo da ansiedade social.

#### Abstract

This article starts by reviewing cognitive models and the general principles of cognitive behavioral therapy (CBT) in social anxiety disorder. Subsequently, the authors propose a systematic exercise to be used especially during psychoeducation and cognitive restructuring CBT sessions. Based on the dysfunctional social anxiety cycle, which contributes to maintain social anxiety symptoms, both patient and therapist actively

work in the search for a more functional cycle, namely, the alternative social anxiety cycle.

**Keywords:** Social anxiety disorder, cognitive behavioral therapy, social anxiety cycle, alternative social anxiety cycle.

#### INTRODUÇÃO

A fobia social – ou transtorno de ansiedade social (TAS), de acordo com a nomenclatura do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) – consiste em sentir medo ou ansiedade em situações de interação social (por exemplo, ao conversar com pessoas), de ser observado (por exemplo, comer, beber ou escrever em público) ou de desempenho (por exemplo, falar em público), em que o indivíduo é ou imagina estar sendo exposto à avaliação negativa de outras pessoas. As situações são evitadas, ou enfrentadas com medo intenso, e ocorrem por pelo menos 6 meses, além de causarem prejuízo na qualidade de vida do indivíduo. O TAS é o terceiro transtorno psiquiátrico mais prevalente (cerca de 5%), com início geralmente na infância, tendência à cronicidade e altas taxas de comorbidades<sup>1</sup>.

O DSM-5 excluiu o especificador “generalizada” e criou o especificador “ansiedade somente de desempenho” para se referir a casos em que o medo ou a ansiedade

<sup>1</sup> Médica psiquiatra, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS. Mestre em Clínica Médica e Doutora em Psiquiatria, UFRGS, Porto Alegre, RS. Terapeuta cognitiva e supervisora credenciada, Beck Institute for Therapy and Research, Filadélfia, PA, EUA. Founding Fellow, Academy of Cognitive Therapy, Filadélfia, PA, EUA. <sup>2</sup> Médico psiquiatra, UFRGS, HCPA, Porto Alegre, RS. Professor e preceptor, Residência Médica, Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre, RS. Fundação Universitária Mário Martins, Porto Alegre, RS.

se restringem a falar ou desempenhar alguma atividade em público<sup>1</sup>.

O tratamento do TAS tem taxa de resposta de 50 a 70%, e de remissão de apenas 20 a 30%. Pode ser tanto farmacológico quanto psicoterapêutico, em especial com terapia cognitivo-comportamental (TCC) – via de regra, recomenda-se a associação de ambos. A TCC pode ser associada em qualquer etapa do tratamento farmacológico. Os medicamentos de primeira linha são os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) e o inibidor da recaptção de serotonina e noradrenalina (IRSN) venlafaxina. No entanto, poucos estudos estão disponíveis até o presente momento para indicar a melhor sequência de uso de farmacoterapia, psicoterapia e/ou a sua combinação. Essa decisão varia de paciente para paciente<sup>2</sup>.

### MODELO DE TRATAMENTO

Beck et al.<sup>3</sup> propõem a hipótese da especificidade de conteúdo, em que cada transtorno mental possui um conteúdo cognitivo específico, ou seja, um modelo cognitivo próprio. De acordo com Hofmann<sup>4</sup>, os indivíduos acreditam que o mundo social é um local perigoso e que as pessoas esperam que eles satisfaçam um padrão social específico ao agir de determinada forma; também acreditam que esse padrão social é elevado, e que eles não têm a competência necessária para atingi-lo. Logo, em situações sociais, o indivíduo tende a se concentrar nessas supostas deficiências, voltando sua atenção para os aspectos negativos de si mesmo. Por conseguinte, teme ser avaliado negativamente pelos outros e acredita que essa avaliação teria consequências negativas, prolongadas e irreversíveis.

Como resultado de tais cognições e processos cognitivos mal-adaptativos, surge a resposta de medo e ansiedade. Para enfrentar a resposta de ansiedade, o indivíduo utiliza estratégias sutis de esquiva, as quais levam a um alívio da ansiedade a curto prazo, porém apresentam consequências negativas a longo prazo, como, por exemplo, o reforço da manutenção da ansiedade social.

Por outro lado, é sabido que as situações sociais são eventos geralmente inofensivos. A avaliação negativa dos outros raramente, ou nunca, conduz a consequências de fato negativas, e mesmo que isso ocorra, os efeitos

duram pouco. Raras exceções são gafes sociais de grande porte que resultam em divórcio, perda de amigos ou de emprego.

No entanto, os portadores de TAS percebem as regras do mundo social como rígidas e difíceis de serem seguidas – por exemplo, regra de não demonstrar ansiedade em situações sociais, o que, paradoxalmente, induz um alto grau de ansiedade. Esse elevado grau de ansiedade também leva a um processo ruminativo, especialmente focado nos aspectos negativos, tornando as experiências ambíguas. Isso reforça a autopercepção negativa e as autoafirmações indutoras de ansiedade, levando ao que Hofmann<sup>4</sup> considera como um ciclo negativo de retroalimentação e a um sistema autossuficiente.

Considerando que as cognições disfuncionais possuem um papel importante no surgimento e na manutenção dos sintomas de ansiedade, psicoeducação e reestruturação cognitiva são elementos cruciais da TCC para TAS<sup>5</sup>.

### UM PROGRAMA DE TCC PARA TAS

Os primeiros modelos cognitivos do TAS foram desenvolvidos por Clark & Wells<sup>6</sup> e Rapee & Heimberg<sup>7</sup>. A partir desses modelos, surgiram protocolos de TCC (individual ou em grupo) para TAS de 12-16 sessões. É realizada uma avaliação previamente ao início da terapia, para familiarizar o paciente com o transtorno e com o tratamento.

Os primeiros protocolos de TCC para TAS incluíam as seguintes estratégias de intervenção: psicoeducação, técnicas de reestruturação cognitiva (substituindo os pensamentos automáticos disfuncionais por outros, alternativos, mais realistas); exposição gradual e sistemática, tanto na imaginação quanto ao vivo (por exemplo, *roleplay* com o terapeuta, solicitar informação a um estranho na rua, simular uma fala em público), e combinação de exposição e reestruturação cognitiva e treinamento de habilidades sociais para maior controle da ansiedade em situações que geram sintomas. A inclusão de técnicas de relaxamento, no intuito de diminuir sintomas fisiológicos em situações sociais temidas, e, mais recentemente, técnicas de *feedback* em vídeo, também vêm sendo estudadas<sup>6</sup>.

Mais recentemente, Hofmann<sup>8</sup> formulou um modelo cognitivo que foi traduzido em um manual de estratégias terapêuticas específicas para o TAS<sup>9</sup>, o qual visa tratar

direta e sistematicamente as cognições disfuncionais através de TCC. As principais e devidamente validadas estratégias de intervenção derivadas dos estudos de Hofmann & Otto<sup>9</sup> são: psicoeducação, modificação de atenção, reestruturação cognitiva e procedimentos de exposição.

## OBJETIVO DO PRESENTE ARTIGO

O presente artigo de atualização, sobre o uso da TCC no tratamento do TAS, propõe-se a apresentar um modelo de exercício sistemático elaborado para auxiliar especialmente nas sessões de TCC de psicoeducação e reestruturação cognitiva, em seus três níveis: pensamento automático, crença intermediária ou condicional e crença nuclear.

## PSICOEDUCAÇÃO

A importância da psicoeducação reside, primeiramente, no pressuposto da TCC de que os pacientes podem aprender novas habilidades para modificar as cognições, controlar o humor e fazer mudanças produtivas no comportamento, com consequente aumento de motivação e promoção de saúde. Logo, o sucesso de um terapeuta está diretamente ligado a como essas questões são transmitidas. Em segundo lugar, uma psicoeducação efetiva ao longo do processo terapêutico deverá munir o paciente de conhecimentos que possam auxiliar na redução do risco de recaída, sob o risco de piora dos sintomas. Finalmente, a TCC é guiada no sentido de auxiliar os pacientes a se tornarem seus próprios terapeutas. Nesse sentido, o terapeuta deve educar o seu paciente sobre como continuar a utilizar métodos cognitivos e comportamentais de autoajuda após a conclusão da terapia, para que ele participe ativamente de sua própria recuperação<sup>10</sup>.

Especificamente, em um programa de TCC para TAS, são realizadas duas sessões de psicoeducação. Deve-se informar o paciente sobre o modelo etiológico múltiplo do TAS (modelagem, fatores genéticos e ambientais), as diferentes modalidades de tratamento (TCC, tratamento medicamentoso ou tratamento combinado), gravidade, diminuição de habilidades sociais e a diferença entre timidez e TAS. É importante explicar que sentir medo de ser julgado é comum a muitas pessoas, em diferentes contextos; contudo, quando tal medo é excessivo, o

indivíduo mantém o foco apenas na avaliação que os outros possam estar fazendo dela, em vez de investir em comportamentos necessários para alcançar os objetivos, e a evitação passa a ser vista como solução. É fundamental que o paciente reconheça as situações sociais que teme, entenda suas disfunções cognitivas e também o papel da evitação na manutenção do TAS.

## REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA

A TCC ensina ao paciente que existe mais de uma maneira de ver uma situação e que o seu ponto de vista é uma questão de escolha<sup>11</sup>. Os pacientes praticam as técnicas de reestruturação cognitiva nas sessões e fora delas, quando as cognições são identificadas, analisadas e relativizadas<sup>12</sup>. A reestruturação cognitiva auxilia o paciente a enfrentar outras situações sociais temidas (exposição). A seguir apresentamos algumas técnicas que podem ser usadas para reestruturar os três níveis de cognição: pensamento automático – descoberta guiada e questionamento socrático, registro de pensamentos disfuncionais, exame de evidências, entre outras; crença intermediária ou condicional – técnica da seta descendente, identificação de temáticas recorrentes, construção de cartões de enfrentamento; crença nuclear – mais recentemente, terapia cognitivo-processual<sup>13</sup>.

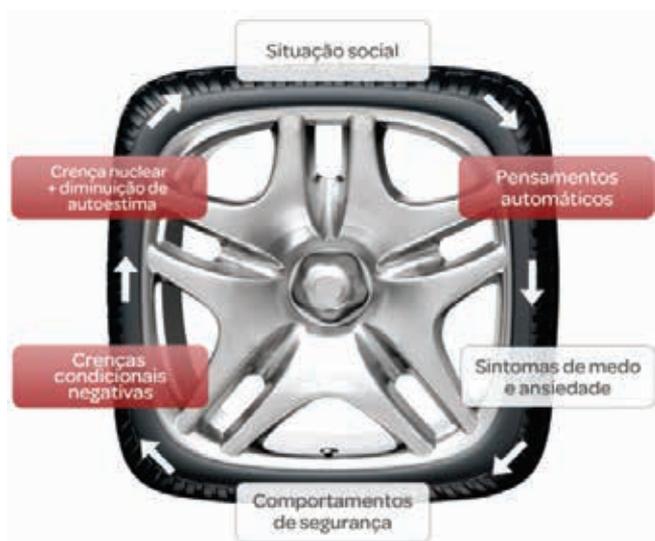
## EXERCÍCIO SISTEMÁTICO NA SESSÃO: CICLO DA ANSIEDADE SOCIAL E CICLO ALTERNATIVO DA ANSIEDADE SOCIAL

Uma maneira interessante de educar os pacientes utilizando os métodos da TCC consiste em escrever um exemplo de exercício na própria sessão, durante a explicação do mesmo, objetivando acelerar o aprendizado do conceito do exercício e sua fixação. Desse modo, o paciente adquire um modelo padrão de exercício a ser utilizado sistematicamente nas sessões de TCC, por exemplo, o diagrama cognitivo da TCC, o registro de pensamentos<sup>14,15</sup>, o “pense saudável - tomada de decisão e qualidade de vida”<sup>16</sup> ou, em casos específicos de TAS, o ciclo da ansiedade social<sup>17</sup>.

O ciclo da ansiedade social (Figura 1) é um modelo de exercício sistemático desenvolvido especificamente para pacientes com TAS com o objetivo de ilustrar o papel das disfunções cognitivas (em seus três níveis) na manutenção do TAS. Trata-se da figura de um pneu de carro “quadrado”, composta por seis caselas. Em um modelo meramente

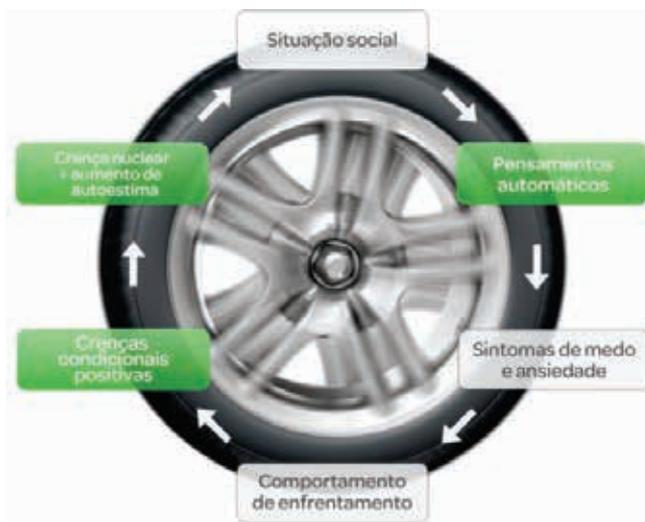
<sup>1</sup> Médica psiquiatra, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS. Mestre em Clínica Médica e Doutora em Psiquiatria, UFRGS, Porto Alegre, RS. Terapeuta cognitiva e supervisora credenciada, Beck Institute for Therapy and Research, Filadélfia, PA, EUA. Founding Fellow, Academy of Cognitive Therapy, Filadélfia, PA, EUA. <sup>2</sup> Médico psiquiatra, UFRGS, HCPA, Porto Alegre, RS. Professor e preceptor, Residência Médica, Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre, RS. Fundação Universitária Mário Martins, Porto Alegre, RS.

didático, consideramos a casela “situação social” como o ponto de partida do ciclo. No sentido horário, a segunda casela refere-se aos pensamentos automáticos disfuncionais na situação social temida; a terceira, aos sintomas físicos de medo e ansiedade na situação social temida; a quarta, aos comportamentos de segurança adotados na situação social temida; a quinta refere-se às crenças condicionais negativas; e a sexta, às crenças nucleares associadas à autoestima diminuída.



**Figura 1** - Ciclo da ansiedade social

O ciclo alternativo da ansiedade social (Figura 2), por sua vez, tem como objetivo ilustrar o papel da psicoeducação e das técnicas de reestruturação cognitiva na modificação das disfunções cognitivas (em seus três níveis), com conseqüente melhora do TAS. Trata-se da figura de um pneu de carro “redondo”, também composta por seis caselas. Novamente, consideramos a casela “situação social” como o ponto de partida do ciclo. No sentido horário, a segunda casela refere-se aos pensamentos automáticos funcionais na situação social temida; a terceira, aos sintomas físicos de medo e ansiedade diminuídos na situação social temida; a quarta, aos comportamentos de enfrentamento adotados na situação social temida; a quinta refere-se às crenças condicionais positivas; e a sexta, às crenças nucleares associadas ao aumento da autoestima.



**Figura 2** - Ciclo alternativo da ansiedade social

Com o objetivo de demonstrar mudanças nas cognições a partir da reestruturação cognitiva, no sentido de menor para maior funcionalidade das mesmas, os autores propõem, além de formas geométricas diferentes para os pneus (quadrado e redondo), um sistema de cores diferentes (vermelho e verde), que correspondem, respectivamente, a cognições não funcionais e funcionais nas caselas 2, 5 e 6.

Ao longo do tratamento, o objetivo é psicoeducar o paciente e trabalhar a reestruturação cognitiva a partir desse modelo de exercício sistemático. O próprio ciclo da ansiedade social também poderá ser utilizado como “ferramenta” para que o paciente possa, durante a psicoeducação, visualizar os sintomas de medo e ansiedade (casela 3) e identificar o papel dos comportamentos de segurança (casela 4) na manutenção do TAS.

O mesmo material é fornecido ao paciente em branco, para sua prática durante e entre as sessões (Figuras 1 e 2), de modo que exemplos pessoais trazidos pelo paciente possam gerar o seu ciclo da ansiedade social (Figura 1), a partir do qual será devidamente psicoeducado. Posteriormente, através de técnicas de reestruturação cognitiva, o paciente estará apto a gerar exemplos pessoais mais funcionais, os quais darão origem ao seu ciclo alternativo da ansiedade social (Figura 2).

## RESPALDO EMPÍRICO

A TCC é uma das opções de tratamento mais estudadas no TAS, com efetividade comprovada em pelo menos cinco metanálises<sup>5</sup>. A TCC no TAS proporciona diminuição dos comportamentos evitativos (que exercem papel importante na manutenção do transtorno), do medo/ansiedade em situações sociais temidas, da incapacitação e da depressão associada. Não há evidências consistentes sobre qual o formato (individual ou em grupo) de TCC para TAS é mais eficaz.

Formulações mais recentes de TCC para TAS visam trabalhar alguns dos fatores centrais na manutenção dos sintomas, comportamentos de segurança, atenção voltada para si e custo social percebido. A eficácia desses protocolos de TCC direcionada<sup>9</sup> melhorou consideravelmente as taxas de remissão quando comparados aos protocolos mais tradicionais de TCC. Na TCC direcionada, as intervenções são essencialmente cognitivas, já que o paciente é solicitado a examinar de modo específico a veracidade de suas expectativas sobre situações e custos sociais de desempenhos sociais imperfeitos, através de uma avaliação lógica e, especialmente, através de experimentos comportamentais específicos elaborados para testar expectativas geradoras de ansiedade.

## CONCLUSÃO

O TAS é altamente prevalente, com altas taxas de morbidade. O presente artigo, além de revisar as principais intervenções de TCC, propõe um modelo de exercício sistemático, o ciclo da ansiedade social e o ciclo alternativo da ansiedade social, como uma nova ferramenta a ser utilizada durante e entre as sessões de TCC, visando especialmente à psicoeducação e à reestruturação cognitiva.

## Agradecimentos

Agradeço às Dras. Lia Silvia Kunzler, Maria Cecília Ferreira de Lima e Graça Oliveira, também relatoras da mesa-redonda com subitens referentes à terapia cognitiva. A mesa-redonda foi apresentada no XXXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 2014. Agradeço ao Dr. Eduardo Trachtenberg pela importante colaboração no presente artigo.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

**Correspondência:** Daniela Zippin Knijnik, Rua Padre Chagas, 185/602, CEP 90570-080, Porto Alegre, RS. E-mail: knijnikd@terra.com.br

## Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Blanco C, Bragdon LB, Schneier FR, Liebowitz MR. The evidence-based pharmacotherapy of social anxiety disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2013;16:235-49.
3. Beck AT, Brown G, Steer RA, Eidelson JI, Riskind JH. Differentiating anxiety and depression: a test of the cognitive content-specificity hypothesis. *J Abnorm Psychol*. 1987;96:179-83.
4. Hofmann S. A ideia básica. In: Hofmann S. Introdução à terapia cognitivo-comportamental contemporânea. Porto Alegre: Artmed; 2014. p 17-22.
5. Canton J, Scott KM, Glue P. Optimal treatment of social phobia: systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2012;8:203-15.
6. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. In: Heimberg RG, Liebowitz DA, Hope, Schneier FR. Social phobia: diagnosis, assessment and treatment. New York: Guilford; 1995. p 69-93.
7. Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive behavioral model of anxiety in social phobia. *Behav Res Ther*. 1997;35:741-56.
8. Hofmann SG. Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: a comprehensive model and its treatment implications. *Cogn Behav Ther*. 2007;36:193-209.
9. Hofmann SG, Otto MW. Cognitive-behavior therapy of social anxiety disorder: evidence-based and disorder specific treatment techniques. New York, NY: Routledge; 2008.

<sup>1</sup> Médica psiquiatra, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS. Mestre em Clínica Médica e Doutora em Psiquiatria, UFRGS, Porto Alegre, RS. Terapeuta cognitiva e supervisora credenciada, Beck Institute for Therapy and Research, Filadélfia, PA, EUA. Founding Fellow, Academy of Cognitive Therapy, Filadélfia, PA, EUA. <sup>2</sup> Médico psiquiatra, UFRGS, HCPA, Porto Alegre, RS. Professor e preceptor, Residência Médica, Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre, RS. Fundação Universitária Mário Martins, Porto Alegre, RS.

10. Knijnik DZ, Kunzler LS. Psicoeducação e reestruturação cognitiva. In: Melo W. Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva. Psicoeducação e reestruturação cognitiva. Novo Hamburgo: Sinopsys; 2014. p. 24-51.
11. Butler G, Hope T. Managing your mind: the mental fitness guide. 2ª ed. New York: Oxford University; 2007.
12. Picon P, Knijnik DZ. Fobia social. In: Knapp P. Terapia cognitivo-comportamental na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 226-47.
13. Landeiro F, Oliveira IR. Terapia cognitivo-comportamental. In: Nardi AE, Quevedo J, Silva AG. Transtorno de ansiedade social: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed; 2014. p. 131-43.
14. Beck JS. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
15. Greenberger D, Padesky CA. A mente vencendo o humor. Porto Alegre: Artmed; 1999.
16. Kunzler LS. O pensar saudável na aposentadoria. In: Murta SG, Leandro-França C, Seidl J. Programas de educação para a aposentadoria: como planejar, implementar e avaliar. Novo Hamburgo: Sinopsys; 2014. p. 165-81.
17. Knijnik DK. O ciclo da ansiedade social e o ciclo alternativo da ansiedade social. In: Melo W. Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva. Novo Hamburgo: Sinopsys; 2014. p. 44-6.