

# **FOBIA SOCIAL - A MENTE QUE DES(MENTE) ABORDAGEM AOS ESQUEMAS MAL-ADAPTATIVOS PRECOCES**

2012

**Cláudio Vieira**

Licenciado em Ciências Psicológicas pela FPCE-UC. Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela FPCE-UC. Pós-Graduado em Avaliação e Intervenção Psicológica com Adultos (Portugal)

E-mail:

[csv\\_psicologia@hotmail.com](mailto:csv_psicologia@hotmail.com)

---

## **RESUMO**

A Fobia Social é definida pela DSM-IV (APA, 2000) como uma perturbação de ansiedade caracterizada pelo receio de não causar uma impressão positiva ou de ser avaliado de forma negativa pelos outros, em situações sociais ou de desempenho, nas quais os indivíduos estão expostos a pessoas estranhas ou desconhecidas, ou ao possível escrutínio dos outros. Este artigo visa a caracterização clínica da fobia social, fazendo um paralelismo aos Esquemas Mal-Adaptativos Precoces de Jeffrey Young (2003).

**Palavras-chave:** Ansiedade, fobia social, etiologia, esquemas mal-adaptativos precoces

---

## **INTRODUÇÃO**

A ansiedade faz parte da condição humana, podendo ser caracterizada por uma sensação de perigo iminente, associada a uma atitude de expectativa, o que provoca uma perturbação, mais ou menos profunda (dependendo do sujeito e da situação ansiógena) (Ajuriaguerra, 1980; Baptista, 1988, Castillo, Redondo & Manfro, 2000).

A partir de Lang (1968) a ansiedade passou a ser considerada, implícita ou explicitamente, por praticamente todos os investigadores, como composta por três sistemas e resposta mensuráveis: o relato verbal, isto é, a descrição do estado subjectivo ou da sua intensidade por um dos muitos descritores semânticos deste estado (e.g. “estou ansioso”, “tenho medo”) o comportamento motor característico da ansiedade ou medo, respostas de fuga ou evitação,

imobilidade ou maneirismos compulsivos e, finalmente, os padrões de activação somática ou visceral (e.g. batimento cardíaco acelerado) (Baptista, 2000).

Em traços simplistas, a ansiedade pode ser categorizada em Ansiedade Normal/Adaptativa e Ansiedade Patológica (Gouveia, 1997; D'El Rey. & Abdallah, 2006). Enquanto a primeira se caracteriza por uma inquietação, apreensão em relação a algo, focalizada no exterior, apresentando uma função adaptativa e permitindo uma organização perante uma ameaça (e.g. sentir ansiedade ao se cruzar com um estranho numa rua escura sem mais ninguém por perto), a segunda, Ansiedade Patológica, manifesta-se de uma forma mais intensa, sendo deslocada para o próprio corpo do indivíduo e acompanhada de mais manifestações físicas. Esta ansiedade é considerada desadaptativa uma vez que causa sofrimento no sujeito e não se encontra, muitas vezes, relacionada com uma ameaça real e sim, usualmente, com distorções cognitivas do sujeito (e.g. sentir ansiedade em falar com estranhos pelo receio de ser avaliado negativamente, gozado e humilhado) (Castillo, Redondo & Manfro, 2000).

## **ETIOLOGIA DOS MEDOS E DAS FOBIAS**

### **Modelo Tradicional**

No decorrer do século XIX os psiquiatras contemplavam as fobias em torno de explicações e modelos médicos: excitação neurológica, degenerescência constitucional; ou mesmo morais: fraqueza de carácter, excesso de masturbação. Com a introdução da obra de Freud, no início do século XX, as fobias tornaram-se, para os psicanalistas, sintomas visíveis de um conflito inconsciente, e o resultado de mecanismos de defesa destinados a proteger o ego. A ansiedade era, assim, um sinal para o Eu de que uma pulsão inaceitável se encontra a forçar a passagem para a representação consciente e descarga. Para evitar enfrentá-lo, o fóbico tentaria reprimir este conflito no inconsciente: através desse primeiro mecanismo de defesa, a repressão, ele diferencia o afecto (angústia) da sua representação (o conflito) (Bateman, 1998). Em seguida, recorreria a dois outros mecanismos de defesa, a transferência e a projecção, que consistem em transferir a angústia para outro objecto, exterior ao sujeito. Um conflito interno é transformado, assim, num medo externo mais fácil de evitar (Mijolla & Mijolla-Mellor, 2002). Freud definiu diferentes tipos de ansiedade tais como a ansiedade de fragmentação (perda da unidade do Eu, encontrada, por exemplo, em casos de psicose), ansiedade de separação (terror antecipado pela perda de uma relação humana importante) e ansiedade de castração (receio de lesão corporal ou diminuição das capacidades) (Ajuriaguerra, 1980; Bergeret, 1997).

## **Abordagem Contemporânea**

Presentemente considera-se que os medos patológicos e as fobias são resultado de uma dupla influência, com predisposições biológicas, essencialmente inatas (herança familiar individual mas, igualmente, herança colectiva, da espécie) por um lado e, por outro, de influências ambientais e, portanto, adquiridas (história pessoal) (D'El Rey & Abdallah, 2006; Wells & Papageorgiou, 2001) O peso respectivo destes dois pólos varia de acordo com as fobias. Algumas, como a fobia de água, altura ou animais, parecem muito relacionadas a factores genéticos, enquanto o caso da fobia social, fobia em conduzir, os factores ambientais evidenciam uma maior influência. Dentro dos modelos actuais de explicação das fobias, a abordagem comportamentalista não se focaliza na origem das perturbações de ansiedade mas sim na sua estruturação/desenvolvimento e mecanismos de reforço. Para os comportamentalistas, a ansiedade é expressa como uma resposta inata e incondicional do organismo a estímulos dolorosos ou perigosos. Assim, pode, por um lado, ser associada por condicionamento a estímulos originalmente neutros e, por outro lado, fornecer uma poderosa força de motivação para a aprendizagem de padrões de comportamento. Por outro lado, a abordagem cognitivista realça as representações internas que intercedem entre o estímulo e a resposta, ou seja, procura avaliar o que há de errado, distorcido, nas nossas avaliações e interpretações da realidade (D'El Rey & Pacini, 2006; Gonçalves, 1993).

## **Hipótese Evolucionista**

Com relação à espécie humana, os psicólogos evolucionistas conceberam a hipótese de uma influência da selecção natural sobre a existência e persistência dos nossos medos e fobias, defendendo que a grande maioria dos estímulos fóbicos tem a ver, de facto, com objectos ou situações que representavam, sem dúvida, um eventual perigo para os nossos ancestrais, como os animais, o escuro, precipícios, a água, etc. (Marks, 1977; Seligmann, 1971). Actualmente, com o nosso ambiente tecnológico contemporâneo, em que a natureza está, em grande medida, controlada, os animais perigosos enjaulados, os precipícios protegidos por barreiras, essas situações não parecem nem um pouco perigosas como eram outrora.

## **FOBIA SOCIAL – CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS**

A reacção de ansiedade, frente a uma variedade de situações sociais (tais como apresentar um trabalho em sala de aula, iniciar uma conversa, marcar um encontro) constitui uma manifestação normal e adaptativa, uma vez que permite às pessoas comportarem-se de maneira adequada em interações sociais importantes, não impedindo um funcionamento social ajustado (Den Boer, 1997; Gouveia, 1997; Wells & Papageorgiou, 2001). Todavia, quando a ansiedade é experienciada com grande intensidade, tende a ser resistente após um tempo de interacção ou após exposição repetida, interferindo no funcionamento social e gerando prejuízos na vida

profissional e pessoal; essa ansiedade adquire um novo significado, sendo denominada de transtorno de ansiedade social ou fobia social.

A fobia social pode, desta forma, traduzir-se num medo persistente e irracional relacionado à presença de outras pessoas. A pessoa fóbica tenta evitar situações sociais em que se sinta exposta pelo receio de ser avaliada negativamente ou de se comportar de forma humilhante em frente dos outros, resultando em situações de gozo ou rejeição (Wittchen & Beloch, 1996, APA, 2000)

O termo fobia social remonta ao ano de 1903 quando Pierre Janet empregou, pela primeira vez, o termo de fobia para caracterizar pacientes com receio de serem observados em situações de desempenho social, nomeadamente enquanto falavam, escreviam ou tocavam piano em público (Gouveia, 1997). Posteriormente a esta primeira introdução do conceito, esta perturbação apenas se traduz como entidade clínica a partir da publicação de resultados obtidos a partir de um estudo levado a cabo por Marks & Gelder em 1966 que evidenciaram ser possível distinguir diferentes fobias específicas através da sua idade de início característica. A idade de início situava-se entre os 15 e os 30 anos, com idade média de início aos 19 anos (Gouveia, 1997).

### **Características de Diagnóstico**

Conforme destaca Stein & Chavira (1998) a principal particularidade desta perturbação é a avaliação negativa por parte dos outros, caracterizando-se, segundo a APA (2000), pelo receio de não causar uma impressão positiva ou de ser avaliado de maneira negativa pelos outros, em situações sociais ou de desempenho, nas quais os indivíduos estão expostos a pessoas estranhas ou desconhecidas, ou ao possível escrutínio dos outros. Neste tipo de ansiedade existe um medo vincado e persistente de contactos sociais ou de actuações em público (Den Boer, 1997; Osório, Crippa & Loureiro, 2005), o que faz com que a pessoa faça tudo para evitar essas situações.

Usualmente as situações receadas pelos fóbicos sociais envolvem a interacção com pessoas que não lhes são familiares ou situações em que se sentem expostos a um possível escrutínio pelos outros (Clark, & McManus, 2002). Quando confrontado com este tipo de situações, o fóbico social vivencia um medo intenso de fazer uma “triste figura” ou de se comportar de uma forma humilhante que diminua o seu estatuto social ou auto-estima. O medo vivenciado neste tipo de situações, agregado às manifestações somáticas e cognitivas, são frequentemente reinterpretados como fonte de ameaça, dado que a possível percepção pelos outros dos seus sintomas de ansiedade é encarada como fonte de humilhação ou diminuição pessoal (Gouveia, 1997). Como resultado, desenvolve-se uma intensa ansiedade antecipatória em relação a este tipo de situações que pode levar ao seu evitamento sistemático.

Quer pelo desconforto sentido nesse tipo de situações e que interfere com o seu desempenho, quer pelo evitamento das situações receadas, a vida profissional e afectiva dos indivíduos com fobia social fica severamente limitada. O indivíduo reconhece que o seu medo é

excessivo e irracional mas não consegue controlá-lo (Gouveia, 1997; Clark, & McManus, 2002; Wells & Papageorgiou, 2001).

Apesar da fobia social ter início usualmente no decorrer da adolescência, a maioria dos fóbicos sociais apenas recorre ao processo terapêutico cerca de 10 a 15 anos depois após o seu início, entre os 25-35 anos. Frequentemente, o motivo que leva o fóbico social a procurar acompanhamento psicológico não são os medos sociais mas queixas comórbidas de depressão, pânico e abuso de álcool ou ansiolíticos (Turner, Beidel & Townsley, 1992)

Quando a maior parte das situações sociais provocam medo, mesmo as aparentemente mais insignificantes, fala-se de fobia social generalizada (Turner, Beidel & Townsley, 1992). Neste caso, a pessoa sente-se julgada em qualquer coisa que faça: estar sentada à frente de alguém no meio de um transporte público, conversar com um estranho ou ir comprar um produto num supermercado. Para esconder a sua vulnerabilidade emocional, os pacientes geralmente recorrem a estratégias de dissimulação (maquilhagem para disfarçar o rubor, ficar calado nas conversas, evitar olhares) ou então deixam, simplesmente de sair de casa. Outras fobias sociais são classificadas como selectivas pois dizem respeito a um número limitado de situações como por exemplo ter de falar em público (Turner, Beidel & Townsley, 1992)

O sintomas físicos de ansiedade experienciados nas situações sociais são, em larga escala, idênticos aos de outras perturbações ansiosas, embora os indivíduos com fobia social tendam a recear especialmente o tremor, rubor, sudação e tensão muscular. No sentido de tentarem diminuir a visibilidade dos mesmos, muitos fóbicos sociais desenvolvem um conjunto de comportamentos destinados a disfarçá-los, habitualmente designados por comportamentos de segurança, que podem incluir o uso de óculos escuros, o uso do telemóvel enquanto passam por um conjunto de pessoas de forma a darem a entender que estão concentrados naquela tarefa, evitando, assim, o olhar das pessoas, olhar para o chão, andar com mãos nos bolsos, entre outros comportamentos destinados a disfarçar o nervosismo ou o receio de se exporem perante os outros.

No que concerne ao processamento cognitivo, o conteúdo de pensamento do fóbico social quando exposto a uma situação temida é invadido por temas de fracasso, falta de competências necessárias para originar uma opinião positiva, preocupações com a aparência e com a possibilidade de ser avaliado negativamente (D'El Rey & Pacini, 2006). A atenção é auto-focada, ocorrendo uma amplificação da consciência de si mesmo, o que aumenta a percepção da sua ansiedade e desconforto e abranda a atenção para estímulos exteriores (ocorrendo o que muitos descrevem como “bloqueio ou vazio mental”).

Como consequência dos altos níveis de ansiedade e desconforto sentidos nas situações sociais receadas, estes doentes tendem a organizar a sua vida de forma a evitarem essas situações. Algumas das situações sociais mais frequentemente receadas e evitadas de falar são: falar para

uma audiência, participar em festas ou encontros, falar com estranhos, falar com figuras de autoridade, situações de desempenho social. (D'El Rey & Pacini, 2006; Gouveia, 1997).

## ESQUEMAS COGNITIVOS

A palavra “Esquema” provém da palavra grega *skhema* (σχήμα), no plural *skhemata* (σχήματα), designando forma, aparência, plano ou maneira de ser. No seio filosófico, o conceito de esquema foi utilizado por Immanuel Kant para denominar a regra processual na qual uma categoria ou conceito naoempírico e associado a imagem mental de um objecto (Duarte, Nunes & Kristensen, 2008).

Por outro lado, nos seus trabalhos na área da terapia cognitiva, Beck (1976) define esquema como uma rede estruturada e inter-relacionada de crenças que orientam o indivíduo nas suas atitudes e posturas nos mais variados eventos da sua vida. Esquemas são, assim, definidos como estruturas de cognição com significado (Dobson & Dozois, 2006).

Quer com isto dizer que através do nosso percurso ao longo da infância e adolescência, experienciamos, observamos e aprendemos, construímos um conjunto de crenças a respeito de nós mesmos e das nossas relações com os outros, formando um padrão cognitivo estável e duradouro que norteia nosso funcionamento no mundo (Duarte, Nunes & Kristensen, 2008). Os esquemas são, em suma, as lentes pelas quais observamos, avaliamos e interpretamos o mundo que nos rodeia.

Jeffrey Young et al. (2003) sugeriu que alguns desses esquemas, especialmente os que se desenvolvem como resultado de experiências de infância negativas, podem estar no centro das perturbações da personalidade e em muitas perturbações do Eixo I, como é o caso da Fobia Social.

Young designou esses esquemas nocivos como esquemas mal-adaptativos, definindo-os como “um tema ou padrão amplo, difuso, formado por memórias, emoções e sensações corporais, relacionado a si próprio ou aos relacionamentos com outras pessoas, desenvolvido durante a infância ou adolescência, sendo elaborado ao longo da vida e tendo um carácter disfuncional em nível significativo”.

Young et al. (2003) defende, assim, que comportamentos desadaptativos desenvolvem-se como respostas a um esquema. É relevante realçar que nem todos os esquemas têm por base experiências traumáticas na infância, isto é, uma pessoa pode desenvolver um esquema de abandono (receio de ser abandonada pelos outros) sem ter sido abandonada pelos pais mas sim, por exemplo, por interpretar uma situação como abandono (e.g. os pais demoraram a ir buscar o filho à escola, sendo essa demora percebida pelo filho como se os pais se estivessem esquecido dele) (Young, J., Klosko, J., Weishaar, M., 2003).

Uma vez que fazem parte da estrutura do indivíduo, os esquemas apresentam a particularidade de serem familiares e confortáveis ao mesmo, apesar do sofrimento que este lhe poderá causar, ou seja, o esquema é o que o indivíduo conhece, é o familiar, é o comum, sendo uma das razões pelas quais são difíceis de mudar, constituindo-se um obstáculo em terapia, uma vez que os pacientes consideram a sua maneira de viver, pensar, avaliar e interpretar como uma verdade absoluta, uma verdade que os foi acompanhando ao longo do seu percurso desenvolvimental (Young, J., Klosko, J., Weishaar, M., 2003; Duarte, Nunes & Kristensen, 2008).

Os esquemas mal-adaptativos organizam-se em cinco Domínios principais, constituindo-se, no seu todo, em 18 esquemas conforme se pode conferir no quadro que se segue (Young, 2003):

Domínio	Esquema	Características do Esquema
<b>Desconexão e Rejeição</b>	<i>Abandono/ Instabilidade</i>	Percepção de que os outros com quem poderia se relacionar são instáveis e indignos de confiança. Envolve a sensação de que as pessoas importantes não serão capazes de continuar a proporcionar apoio emocional, ligação, força ou protecção, porque morreriam a qualquer momento ou iriam abandoná-la por uma pessoa melhor
	<i>Desconfiança/ Abuso</i>	Expectativa de que os outros irão magoar, abusar, humilhar, enganar, mentir ou aproveitar-se. Pode incluir a sensação de que acaba-se sempre por se ser enganado pelos outros.
	<i>Privação Emocional</i>	Expectativa de que o desejo de ter um grau adequado de apoio emocional não será satisfeito adequadamente pelos outros. As três formas mais importantes de privação são privação de cuidados, privação de empatia e privação de protecção.
	<i>Defectividade/ Vergonha</i>	Sentimento de que se é mau, indesejado, inferior ou inválido em aspectos importantes, ou de não merecer amor das pessoas importantes. Pode envolver hipersensibilidade à crítica, rejeição, comparações, insegurança, vergonha.
	<i>Isolamento Social / Alienação</i>	Sentimento de que se está isolado do mundo, de que se é diferente das outras pessoas
<b>Autonomia e Desempenhos Prejudicados</b>	<i>Dependência/ Incompetência</i>	Crença de que se é incapaz de dar conta das responsabilidades quotidianas de forma competente sem considerável ajuda alheia
	<i>Vulnerabilidade</i>	Medo exagerado de que uma catástrofe iminente cairá sobre si a qualquer momento e de que não há como impedir
	<i>Emaranhamento</i>	Envolvimento emocional e intimidade em excesso com uma ou mais pessoas importantes (com frequência os pais), dificultando a individualidade e o desenvolvimento social normal.
	<i>Fracasso</i>	Crença de que fracassou, de que fracassará inevitavelmente. Crença de que é burro, inepto, sem talento, inferior
<b>Limites Prejudicados</b>	<i>Grandiosidade</i>	Crença de que é superior às outras pessoas, de que tem direitos e privilégios especiais, de que não está sujeito às regras dos demais.
	<i>Autocontrolo</i>	Dificuldade ou recusa a exercer autocontrolo e tolerância á frustração com relação aos próprios objectivos
<b>Direccionamento para o Outro</b>	<i>Subjugação</i>	Submissão excessiva ao controlo dos outros, por se sentir coagido, submetendo-se para evitar raiva, retaliação e o abandono
	<i>Auto-Sacrifício</i>	Foco excessivo no cumprimento voluntário das necessidades dos outros em situações quotidianas à custa da própria

		gratificação
	<i>Busca de Aprovação</i>	Ênfase excessiva na obtenção de aprovação, reconhecimento ou atenção de outras pessoas. A auto-estima depende, principalmente, das reacções alheias, em lugar das próprias inclinações naturais.
<b>Supervigilância e Inibição</b>	<i>Negativismo</i>	Foco generalizado, que dura toda a vida, nos aspectos negativos (sofrimento, morte, perda, decepção, culpa) enquanto se minimizam aspectos positivos.
	<i>Inibição Emocional</i>	Inibição excessiva da acção, sentimentos, comunicação espontânea, em geral para evitar a desaprovação alheia, sentimentos de vergonha ou de perda de controlo dos próprios impulsos
	<i>Padrões Inflexíveis</i>	Crença subjacente de que se deve fazer um grande esforço para atingir elevados padrões internalizados
	<i>Postura Punitiva</i>	Crença de que as pessoas devem ser punidas com severidade quando cometem erros. Dificuldade em perdoar os próprios erros, bem como os alheios.

Relativamente ao modo como diferentes pessoas lidam com os diferentes esquemas, Young sugere três estilos de confronto desadaptativos, nomeadamente:

- A. Manutenção do Esquema: processo pelo qual os esquemas são reforçados e rigidificados através de erros de pensamento e padrões comportamentais disfuncionais. Neste estilo, os pacientes não tentam evitar nem lutar contra o esquema, aceitam-no como verdadeiro (Young, J., Klosko, J., Weishaar, M., 2003). Por exemplo, um paciente com manutenção do Esquema de Abandono, facilmente procurará um companheiro que têm maior probabilidade de o abandonar, confirmando que irá ficar sempre sozinho e que as pessoas continuarão a abandoná-lo por alguém melhor.
- B. Evitamento do Esquema: processo pelo qual o indivíduo evita a activação do esquema, tentando organizar a sua vida como se o esquema não existisse. Para isso recorrem ao evitamento cognitivo (evitam pensar sobre o esquema) e evitamento comportamental (evitam situações activadoras do esquema). Podem beber em excesso, ingerir drogas, fazer sexo promíscuo, comer demais, limpar compulsivamente (Young, J., Klosko, J., Weishaar, M., 2003).
- C. Compensação do Esquema: processo pelo qual o indivíduo opta por estilos comportamentais ou cognitivos que parecem o oposto do que seria de esperar atendendo ao esquema disfuncional. Se se sentiam sem valor quando crianças, como adultos tentam ser perfeitos; se foram subjugados quando crianças, como adultos desafiam todos. Muitos “compensadores” parecem saudáveis, sendo muitas vezes pessoas admiradas pela sociedade (estrelas da mídia, políticos, grandes empresários), lutando, de forma excessiva contra o esquema mal-adaptativo (Young, J., Klosko, J., Weishaar, M., 2003).



## FOBIA SOCIAL E ESQUEMAS MAL-ADAPTATIVOS

Como referido anteriormente, o modelo cognitivo da fobia social foca-se, essencialmente, no medo, no receio, em revelar as suas inadequações sociais e de ser avaliado negativamente pelos outros (Beck, 1976; Beck, Rush, Brian & Emery, 1982; Beck, 1997; Oscar, 1993). O modelo cognitivo sugere, desta forma, que a propensão dos fóbicos sociais para interpretar as situações sociais como ameaçadoras se encontra relacionada com uma vivência de vulnerabilidade à avaliação por parte dos outros, que, por sua vez, resulta em esquemas de ineficácia e incompetência para lidar com as situações sociais (Gouveia, 1997).

As crenças nucleares de ineficácia e incompetência dos pacientes com fobia social originam uma visão de si socialmente desvalorizada, avaliando-se como pouco atraentes, desinteressantes, inadequados ou inaceitáveis pelos outros.

Atendendo a esta estruturação cognitiva dos fóbicos sociais, poderão ser factores de vulnerabilidade para o desenvolvimento da fobia social, esquemas mal-adaptativos precoces tais como Indesejabilidade, Desconfiança/Abuso, Isolamento Social, Dependência e Defeito. Perante a presença deste tipo de esquemas, várias são as respostas desadaptativas que podem ser adoptadas pelos fóbicos sociais:

Esquemas	Manutenção	Evitamento	Compensação
<i>Desconfiança/Abuso</i>	Escolhe parceiros que mantém a crença de que não é capaz de fazer nada sozinho	Evita contacto com as pessoas para não se tornar vulnerável	Usa e abusa dos outros
<i>Isolamento Social</i>	Em situações sociais foca-se apenas nas diferenças que tem em relação aos outros em vez das semelhanças	Evitamento de situações sociais	Torna-se um camaleão para se ajustar aos grupos
<i>Dependência</i>	Pede ao pais ou amigos para tratarem dos ingressos para a entrada na faculdade	Evitamento de novos desafios como tirar a carta	Tenta ser auto-suficiente, sem pedir ajuda para nada, mesmo que seja necessária
<i>Defeito</i>	Escolhe amigos que o criticam e rejeitam por não se adequar às situações sociais	Evita expressar os seus sentimentos e pensamentos com receio de ser rejeitado	Critica e rejeita os outros, aparentando ser perfeito

As crenças condicionais acerca da avaliação social são frequentemente baseadas nas suposições incondicionais acerca de si, funcionando como atitudes em relação à avaliação social que traduzem os referidos mecanismos de evitamento ou compensação das crenças mais nucleares acerca de si mesmo (Beck, Rush, Brian & Emery, 1982; Young, J., Klosko, J., Weishaar, M., 2003). Este tipo de crenças são, habitualmente, formuladas na forma condicional “Se... então...”. Exemplos destas crenças são: “Se os outros perceberem como realmente sou, então vão rejeitar-me”, “Se eu disser o que realmente penso e sinto, então os outros vão gozar

comigo”, “Se eu não mostrar que sou uma pessoa interessante e inteligente, então vão rejeitar-me” (Gouveia, 1997).

Para além destas crenças, os fóbicos sociais utilizam usualmente padrões excessivamente elevados para avaliar o seu desempenho social. Padrões estes que traduzem frequentemente expectativas irrealistas e perfeccionistas acerca do que deve ser o seu comportamento social para serem aceites pelos outros: “não posso mostrar que estou ansioso”, “tenho de parecer inteligente e interessante”, “não posso ficar em silêncio”, “se eles gostam disto, também tenho de gostar, senão vou ser rejeitado” (Gouveia, 1997).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se fala em fobia social, fala-se, essencialmente, em medo de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, nas quais a observação e avaliação dos outros são consideradas temidas. A exposição à situação receada provoca, na maioria das vezes, ansiedade que poderá assumir a forma de um ataque de pânico.

Esse medo experienciado pelos fóbicos sociais resulta de uma série de distorções de pensamento que fazem acerca da realidade e que irá conduzir a uma série de comportamentos desadaptativos de forma a evitar essas mesmas situações geradoras de ansiedade.

Young (2003) sugere a existência de esquemas mal-adaptativos precoces como núcleo central da grande maioria das perturbações psicológicas, uma vez que são um conjunto de crenças que temos acerca de nós próprios e dos outros que modelam e nos orientam na nossa avaliação e relacionamento com a realidade que nos rodeia.

Com este artigo pretendeu-se articular e fazer um paralelismo entre os esquemas mal-adaptativos precoces de Young com a perturbação de ansiedade social, sugerindo a existência, na maioria dos casos de fobia social, de alguns esquemas mal-adaptativos precoces tais como o de Indesejabilidade, Desconfiança/Abuso, Isolamento Social, Dependência e Defeito, que contribuem para a manutenção dos estilos cognitivos e comportamentos evitantes deste tipo de pacientes.

Para validar esta hipótese, seria interessante, numa investigação futura, administrar o Questionário de Esquemas de Young (Young, 2003) a uma amostra de fóbicos sociais e proceder a uma análise crítica dos resultados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajuriaguerra, J. (1980). *Manual de psiquiatria infantil*. Masson do Brasil.
- American Psychiatric Association (2000) – *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 4ª Edição (DSM-IV-TR). Lisboa: Climepsi.
- Baptista, A. (1988) Ansiedade I. Natureza e classificação. *Revista de psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*, 1, 149-164.
- Baptista, A. (2000). Perturbações do medo e da ansiedade: uma perspectiva evolucionista e desenvolvimental. In I. Soares (coord). *Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in) adaptativas ao longo da vida*, (Cap. 3, pp. 88-141). Coimbra: Quarteto.
- Bateman, A., Holmes, J. (1998). *Introdução à psicanálise*. Lisboa: Climepsi.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Brian, F. S., & Emery, G. (1982). *Terapia cognitiva da depressão* (V. Ribeiro, Trad.) Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. (S. Costa, Trad.) Porto Alegre: ArtsMédicas.
- Bergeret, J. (1996). *A Personalidade Normal e Patológica*. Lisboa: Climepsi.
- Castillo, A., Redondo, R., Manfro, G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista brasileira de psiquiatria*, 22 (2), 20-23
- Clark, D. M., & McManus, F.(2002). Information processing in social phobia. *Biological Psychiatry*, 51, 101-108.
- Den Boer, J. (1997). Social phobia: epidemiology, recognition and treatment. *British Medical Journal*, 315 (7111), 796-781
- D'El Rey, G. & Pacini, C. (2006). Terapia cognitivo-comportamental da fobia social: modelos e técnicas. *Psicologia em estudo*. 11(2), 269-275
- D'El Rey, G. & Abdallah, H. (2006). *Intervenções Cognitivas e Comportamentais na Fobia Social*.

Duarte, A., Nunes, M., Kristensen, C. Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, 4(1). 2008.

Gonçalves, O.F. (1993). *Terapias Cognitivas: Teoria e Prática*. Porto: Afrontamento.

Gouveia, P. Fobia Social: conceito, critérios de diagnóstico, epidemiologia e características clínicas. *Psiquiatria Clínica*, 18, (4), pp. 279-293, 1997.

Marks, I. Phobias and obsessions. Clinical phenomena in search of laboratory models. In: Maser, J.D. & Seligmann, M.E.P. *Psychopathology: Experimental Models*. San Francisco, Freeman, 1977.

Mijolla, A., Mijolla-Mellor, S.(2002). *Psicanálise*. Climepsi Fundamental.

Osório, F.L., Crippa, J.A.S. & Loureiro, S.R. (2005). Instrumentos de avaliação do transtorno de ansiedade social. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32, 73-83.

Pélissolo, A. & André, C. et al. Social phobia in the community: relationship between diagnostic threshold and prevalence. *European psychiatry*. 2000, 15, p. 25-28.

Pio, A. (1997). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Seligmann. Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*. 1971, 2. 307-320.

Stein, M.B. & Chavira, D.A. Subtypes of Social Phobia and Comorbidity with Depression and other Anxiety Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 50; 11-16, 1998.

Turner, S.M., Beidel, D.C. & Townsley, R.M. (1992) Social Phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 326-331.

Wells, A. & Papageorgiou, C. Brief cognitive therapy for social phobia: a case series. *Behavior and Therapy*. 2001, 39, p. 713-720.

Wittchen, H.U. & Beloch, E. The impact of social phobia on quality of life. *International Clinical Psychopharmacology*. 1996, 11, p. 15-23.