

# **A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E O TREINO DE HABILIDADES SOCIAIS NO TRATAMENTO DA FOBIA SOCIAL**

Programa de Intervenção apresentado à professora Joene Santos, como requisito de crédito para a disciplina 'Treino de Habilidades Sociais' do Curso de Psicologia -UNIME

2011

**Kathigiane B. Brito Leal**

[kathy.brito@hotmail.com](mailto:kathy.brito@hotmail.com)

**Silvana A. Quadros**

[saquadros@hotmail.com](mailto:saquadros@hotmail.com)

**Marcia E. A. Reis**

[mareis@hotmail.com](mailto:mareis@hotmail.com)

Graduandas em Psicologia pela UNIME/Itabuna-Ba (Brasil)

---

## **RESUMO**

A Fobia Social (FS) é um problema de saúde mental que pode ser incapacitante nas suas formas mais graves. Em geral, os sintomas acompanham a pessoa desde muito cedo, mas raramente elas procuram tratamento. Atualmente a FS é caracterizada como um temor persistente a uma ou mais situações sociais ou de atuação em público, ou seja, o indivíduo é tomado pelo medo de ser exposto à observação ou avaliação de outrem, e essa situação o leva a evitar situações sociais. Pessoas que são diagnosticadas com FS normalmente apresentam déficits em habilidades sociais como: falar em público; iniciar, manter e finalizar uma conversação; expressar sentimentos; entre outros. A preocupação é tida como difícil de controlar, dessa maneira torna-se importante encontrar métodos mais eficazes para diminuir essa preocupação excessiva. Nessa perspectiva, o objetivo deste trabalho é elaborar um protocolo estruturado de intervenção psicoterápica no Treino de Habilidades Sociais (THS) baseado na abordagem cognitivo-comportamental visando o tratamento da Fobia Social. Para isso, será realizada uma revisão da literatura sobre o seu conceito, suas características e tratamento buscando evidências para os procedimentos e técnicas que serão propostos.

**Palavras-chave:** Fobia social, terapia cognitivo-comportamental, treino de habilidades sociais

## REFERENCIAL TEÓRICO

As habilidades de falar em público, iniciar uma conversação ou até marcar um encontro, geralmente nos causam ansiedades que são consideradas normais e socialmente adaptativas, visando possibilitar que a pessoa se comporte de forma adequada em encontros sociais. Porém, existem casos em que esta ansiedade é muito intensa e extremamente resistente, mesmo quando o indivíduo experimenta freqüentemente esses momentos de interação social. Quando esse comportamento ansioso acontece em demasia, necessitam de uma atenção especial. Para Nogueira (2002), esses comportamentos disfuncionais ganham um significado clínico e passam a ser considerados critérios de diagnósticos para a definição do quadro do Transtorno de Ansiedade Social ou Fobia Social.

Conforme o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM-IV), a fobia social (FS) é caracterizada por um medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho. A pessoa teme agir de um modo ou mostrar sintomas de ansiedade que lhe sejam humilhantes e embaraçosos, e a exposição à situação social temida provoca uma resposta de ansiedade intensa, que pode causar conseqüências devastadoras. Pessoas com FS geralmente evitam estas situações ou as suporta com intenso sofrimento, apresentando significativa interferência na vida pessoal, acadêmica e profissional (APA, 2002).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças, CID-10 (1993), Fobias Sociais, cujo código é representado por F40.1, é caracterizado pelo medo de ser exposto à observação atenta de outrem e que leva a evitar situações sociais. As fobias sociais graves se acompanham habitualmente de uma perda da auto-estima e de um medo de ser criticado. Ela pode se manifestar por rubor, tremor das mãos, náuseas ou desejo urgente de urinar, sendo que o paciente por vezes está convencido que uma ou outra destas manifestações secundárias constitui seu problema primário.

Alguns autores, como Cordioli (2008), interpreta a FS como um transtorno de ansiedade específico em determinadas situações. É a intensa ansiedade gerada quando uma pessoa é submetida à avaliação de outras pessoas. Timidez e inibição social são traços comumente encontrados na população que sofre com esse tipo de transtorno. Para essa população, a simples possibilidade de interação social provoca reações emocionais e fisiológicas de terror que o conduzem a fuga da situação. Basicamente, há uma preocupação com a exposição a críticas ou desaprovação alheia, que levaria ao embaraço ou a humilhação.

Segundo Rangé (2001), os fóbicos sociais estão divididos em dois subtipos. O generalizado, em que o indivíduo tem medo da maioria das situações sociais e de desempenho, e o circunscrito,

no qual o fóbico teme apenas uma ou outra situação pública e poucas situações de interação social.

Cordioli (2008), em suas pesquisas, revela que esse transtorno representa um problema grave de saúde mental, por suas características incapacitantes em suas diferentes formas de apresentação. O mesmo autor completa essa citação afirmando que nessas pesquisas foram investigadas as situações hierárquicas mais temidas como falar e/ ou interagir em situações formais, falar e/ou interagir em situações informais, assumir o próprio ponto de vista diante dos outros e ser observado. As pessoas diagnosticadas como fóbicas sociais apresentam uma hipersensibilidade a críticas, mantêm uma avaliação negativa a respeito de si mesma, sentimentos de inferioridade e apresentam grande dificuldade em serem assertivas. Nogueira (2002) explica ainda que, por vezes, existe o reconhecimento, pelo paciente, de exagero e irracionalidade de seu medo.

Entretanto, Cordioli (2008) aponta que, nos últimos anos, houve grande evolução nas abordagens terapêuticas no tratamento da Fobia Social. As abordagens terapêuticas empiricamente testadas e reconhecidas como eficazes no tratamento são a farmacoterapia e a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a qual será abordada neste trabalho.

O modelo da TCC postula que indivíduos com Fobia Social sofrem de um grande déficit nas habilidades sociais, já citadas anteriormente, e de crenças disfuncionais relacionadas às interações sociais. Essas deficiências podem levar uma pessoa a se comportar de forma inadequada em um primeiro encontro ou ainda levá-la a evitar situações sociais pelo resto de suas vidas. Dessa forma, pode-se considerar que os déficits de habilidades sociais dificultam o funcionamento social do indivíduo e a sua capacidade adaptativa.

Conforme revisão explorada por Furmark (2000), a investigação sobre fobia social e habilidades sociais tem sido inconsistente, considerando que embora os fóbicos sociais pareçam ter desempenhos inadequados como apontado em alguns estudos, isso poderia refletir inibição durante estados de alta ansiedade ao contrário de falta real de habilidades. Neste sentido, seria possível e desejável desenvolver ou estimular habilidades de enfrentamento no repertório destes indivíduos.

Para tanto, Cordioli (1998) constitui a TCC como um aporte importante dentro das psicoterapias, por ser objetiva e estruturada para resolver problemas específicos. Os objetivos do tratamento são combinados com o paciente e é fundamental a identificação dos problemas-alvo a serem abordados para a definição de um plano terapêutico mais adequado e eficaz. Ela ainda oferece técnicas de intervenções no tratamento da Fobia Social que vêm sendo pesquisadas, entre elas destacam-se a exposição, reestruturação cognitiva, técnicas de relaxamento e o treino de habilidades sociais.

Existem inúmeras definições que dão significado ao termo habilidades sociais, porém, para uma melhor compreensão vale ressaltar que, para Gresham (2009), o conceito de

habilidades sociais refere-se a comportamentos sociais que ocorrem em situações específicas que resultam em desfechos sociais importantes para a sobrevivência. Para o autor esses desfechos fazem a diferença na adaptação do indivíduo a sociedade.

Entretanto, Del Prette e Del Prette (2001) acrescentam ao termo habilidades sociais como um conjunto de classes e subclasses comportamentais que o indivíduo apresenta para atender as diversas demandas das situações interpessoais que podem ocorrer em diversos contextos. Sendo assim, compreendem as habilidades sociais algumas competências que facilitam a iniciação de relacionamentos sociais positivos, como iniciar, manter e encerrar uma conversação; fazer e responder perguntas; manifestar opinião; expressar apoio e solidariedade; falar em público; tomar decisões além de fazer amizades.

Del Prette e Del Prette (2008) apresentam uma taxonomia que permitem considerações adicionais a qual é organizada em categorias específicas de componentes verbais: habilidades sociais de comunicação; habilidades sociais de civilidade; habilidades sociais assertivas, direito e cidadania; habilidades sociais empáticas; habilidades sociais de trabalho e habilidades sociais de expressão de sentimento positivo. Além desses, há também os componentes não-verbais da comunicação: olhar e contato visual; sorriso; expressão facial; gestualidade; postura corporal; movimento com a cabeça; contato físico e distancia/proximidade.

Concomitantemente a ausência dessas competências adaptativas pode ser encontrada em pessoas que sofrem de transtorno fóbico social devido a presença de uma forte sensação de ansiedade ou desconforto. Neste caso, a ausência de habilidades sociais em pessoas fóbicas sociais pode levá-las a se comportar de forma não-assertiva, evitando o convívio com pessoas que trazem conseqüências aversivas.

No intuito de identificar déficits em habilidades sociais, faz-se necessário uma avaliação através da Análise Aplicada do Comportamento por meio da Avaliação Funcional do comportamento. Segundo Gresham (2009), a Análise Funcional do Comportamento pode ser definida como um conjunto de métodos e técnicas de coletas de informações envolvendo observações, entrevistas, escalas de avaliação, revisões dos registros e preenchimento de checklists desses comportamentos, seus antecedentes e conseqüentes.

Uma vez identificada déficits em habilidades sociais prepara-se métodos de intervenção apropriados a promoção de interações sociais e a aquisição de desempenho comportamental mais satisfatório. Neste caso, o treino de habilidades sociais (THS) é o processo de intervenção mais apropriado pois, além de produzir mudanças significativas no comportamento social, também abrange a redução de ansiedade quando o objetivo é alcançado. De acordo com Caballo (2010), o THS encontra-se entre as técnicas mais potentes e mais freqüentemente utilizadas para o tratamento dos problemas psicológicos e para a melhoria geral da qualidade de vida.

Para Gresham (2009), o THS consiste em uma estratégia cujo objetivo é a prevenção de futuras dificuldades comportamentais por meio de ensino e da facilitação de padrões de

comportamentos que podem reduzir efetivamente a ocorrência de problemas comportamentais. Possui três objetivos conceituais importantes: promover a aquisição de habilidades, aperfeiçoar o desempenho da habilidade e remover ou reduzir problemas de comportamento.

O THS foi concebido para ser aplicada a exclusão de hábitos não-adaptativos de respostas de ansiedade que se apresentam diante das pessoas com quem o fóbico interage. Segundo D'El Rey e Montiel (2002), o uso de técnicas do THS tem sido recomendado para todos os pacientes com FS, quer manifestem ou não déficits em habilidades sociais, pois esse recurso tem-se mostrado bastante eficaz em reduzir a ansiedade no confronto interpessoal.

Del Prette e Del Prette (1999) afirmam que no THS são utilizadas técnicas de vários modelos conceituais, em especial da Análise Experimental do Comportamento ou da Terapia Comportamental (tais como ensaio comportamental, reforçamento, modelagem, modelação, *feedback*, relaxamento, tarefas de casa, dessensibilização sistemática) e de diversas abordagens cognitivas (terapia racional-emotivo-comportamental, resolução de problemas, parada de pensamento, modelação encoberta e instruções).

Segundo Caballo (2010), o THS é traçado para ensinar ou refinar as HS do indivíduo e proporcionar práticas nas interações sociais. Consta nesse componente: dar-se conta do ambiente social, melhora das habilidades interpessoais e melhora das habilidades para falar em público. Elas abordam um conjunto específico de problemas comuns à maioria dos sujeitos com FS. Os temas incluídos nesse treino são: iniciar e manter uma conversação; mudar de tema; estabelecer e manter amizades; interações heterossociais; habilidades assertivas; escolher um tema e desenvolvê-lo; como iniciar uma palestra de forma eficaz; finalizar uma palestra; elementos não-verbais; discussões e conversas informais.

Nessa perspectiva, o objetivo deste trabalho é elaborar um programa de intervenção no campo das habilidades sociais, visando o treinamento dessas habilidades que se encontram deficitárias em pessoas que sofrem de transtorno de FS. Inicialmente, serão apresentadas algumas propostas de intervenções no THS, como também materiais e instrumentos necessários para o desenvolvimento do mesmo. Em seguida será desenvolvido um protocolo estruturado no THS, baseado no modelo cognitivo-comportamental para o tratamento da FS.

## **PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO**

O desenvolvimento de uma proposta de intervenção no tratamento da FS parece ser uma tarefa intrigante, pois para serem aplicadas as técnicas de intervenção e torná-la eficaz, é necessário, primeiramente, o estabelecimento de uma boa relação entre o paciente e o terapeuta. A referida proposta está fundamentada nas principais técnicas do tratamento cognitivo-

comportamental para a FS, porém foi dada uma maior ênfase no THS já que é o objetivo principal deste trabalho.

Segundo Cordioli (2008), é o terapeuta, juntamente com o paciente, que determinam o objetivo da terapia baseado nas dificuldades específicas. As principais dificuldades descritas pelos pacientes com FS são: iniciar, estabelecer, manter e finalizar uma conversa; manter o foco e o interesse no assunto; tolerar silêncios; eleger temas e saber discorrer sobre eles; mudar o assunto, se necessário; estabelecer e manter amizades; abordar o outro em interações.

Diante dessas dificuldades apresentadas por pacientes com FS, é de extrema utilidade elaborar uma proposta de intervenção estruturada baseada num formato individual, pois assim será possível permitir a concentração nos programas particulares do paciente, modificando progressivamente o conteúdo do programa conforme avanço do treinamento, bem como observar melhor sua evolução. Segundo Del Prette e Del Prette (1999), existem algumas vantagens no treinamento individual bem como, propor uma visão de avaliação contínua do desempenho na sessão, possibilita ensaios extensos e repetição dos mesmos, propõem maior disponibilidade do terapeuta para modelar habilidades sociais específicas e modificações imediatas de procedimentos ineficazes. Caballo (2010), acrescenta ainda que essa modalidade individual do THS é necessária quando o indivíduo apresenta ansiedade excessiva uma vez que, lhe seria muito difícil adaptar-se ao grupo, sendo assim, para esse indivíduo pode ser útil iniciar o treino de forma individual.

Terá participação nesse processo, adultos de ambos os sexos que atenderem os critérios de inclusão desta proposta, a saber, ser pacientes que já tenham passado por uma avaliação psicológica, cujo encaminhamento apresentará psicodiagnóstico/lauto psicológico que confirme a presença dos sintomas relacionados à Fobia Social; ter entre 20 e 40 anos; demonstrar interesse ativo em participar de sessões psicoterápicas com a finalidade de exclusão e/ou manipulação de comportamentos inadequados.

Cordioli (2008) assegura que estudos indicam que, para o tratamento da Fobia Social, de 12 a 16 sessões semanais em grupo ou individuais são suficiente para a redução significativa da sintomatologia.

Aqui a proposta de intervenção será composta basicamente por 13 sessões (podendo ser expandida conforme a necessidade do paciente), sendo uma vez por semana, com aproximadamente 50 minutos de duração cada. Nessas condições apresentadas e em se tratando de pacientes com FS, será recomendada a participação de apenas um terapeuta para conduzir os encontros que serão realizados dentro de um *setting* terapêutico. As sessões terão uma estrutura programada para cada encontro e serão subdivididas em algumas fases cujos temas principais são:

- **Psicoeducação:** tem por objetivo aumentar o conhecimento do paciente sobre o transtorno, os sintomas, suas origens e perpetuação, sobre a prevenção de recaídas, bem como sobre os recursos dos quais serão utilizados. Enfim, familiarizar o paciente com o modelo de terapia, com os mecanismos de estratégias utilizadas para remover os sintomas e com a forma pela qual pode se dar essa remoção (CORDIOLI, 2008).
- **Reestruturação Cognitiva:** Esse procedimento visa a correção de distorções cognitivas como forma de modificar o comportamento e as emoções. Segundo Cordioli (2010), essa técnica ajuda o paciente a identificar seus pensamentos automáticos, determinar se esses pensamentos contêm distorções e modificá-los no intuito da remoção dos sintomas.
- **Ensaio Comportamental:** Esse é o procedimento mais empregado no THS, pois permite representar maneiras apropriadas efetivas de enfrentar as situações da vida real que se apresenta como problemas para o paciente. Seu objetivo consiste em aprender a modificar modos de respostas não-adaptativos, substituindo-os por novas respostas (CORDIOLI, 2010).
- **Modelação:** Este modelo mostra corretamente o comportamento objetivo do treinamento. Permite ao paciente a aprendizagem observacional, como também a vantagem de ilustrar os componentes não-verbais e paralinguísticos de determinado comportamento interpessoal (CORDIOLI, 2010)
- **Retroalimentação:** De acordo com Cordioli (2010), esse procedimento proporciona informação específica ao sujeito, essencial para desenvolvimento e melhora de uma habilidade.
- **Reforço:** Esse prolonga-ser no decorrer das sessões do THS e serve tanto para adquirir novos comportamentos, recompensando aproximações sucessivas, como para aumentar determinados comportamentos adaptativos no paciente.
- **Tarefas para casa:** Constituem o veículo pelo qual as habilidades aprendidas na sessão de treinamento são praticadas no ambiente real, ou seja, são levadas à vida diária do paciente.
- **Manejo da ansiedade e Técnicas de Relaxamento:** Essas técnicas são utilizadas com o objetivo de fazer com que o paciente aprenda a ter um maior controle das respostas fisiológicas próprias da ansiedade.

No que se refere especificamente ao THS, os passos que conduzirão cada sessão serão estabelecidos pelo terapeuta de modo agendado e estruturado que consistirão no treino da habilidade alvo, apresentados por pacientes com déficits nessas condições, a saber: iniciar, manter e encerrar uma conversação; fazer e responder perguntas; expressar opiniões; expressar

sentimentos positivos, elogiar, agradecer, dar/receber *feedback*; resolver problemas; manter o foco e o interesse no assunto; eleger temas e saber discorrer sobre eles; mudar o assunto quando necessário; estabelecer e manter amizades; abordar o outro em interações; falar em público.

## PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO

### 1ª Sessão:

**Objetivos:** Psicoeducação, estabelecimento de um bom *rapport* e definição do contrato.

**Descrição da sessão:** O objetivo inicial é prestar esclarecimentos ao paciente sobre o modelo de terapia, como também, fornecer informações sobre o transtorno, seus sintomas, os objetivos, os métodos e técnicas que serão abordados durante as sessões (Psicoeducação). Tais informações incluem: a natureza biológica e psicológica, a diferença existente entre timidez e fobia, a importância da ansiedade nesse transtorno, a necessidade de associar ou não um tratamento farmacológico e a importância da inclusão da família no tratamento. É importante que o paciente compreenda a relação existente entre pensamentos, emoções e comportamentos. Segundo Cordioli (2008), no modelo cognitivo-comportamental, a maneira com que pensamos determina nossas emoções e comportamentos. Nela o paciente pode identificar as distorções cognitivas apresentadas, corrigi-las e, conseqüentemente, apresentar melhoras clínicas gradativamente.

Nessa primeira sessão é fundamental estabelecer um bom *rapport* com o paciente, como também firmar um contrato terapêutico contendo informações necessárias sobre todos os procedimentos que serão realizados bem como, a quantidade de sessões necessárias para o tratamento, os horários estabelecidos, duração e frequência das sessões, confidencialidade, honorários, contatos e liberdade de desistência.

**Tarefa de casa:** O paciente deverá preencher uma folha de registro no qual possa descrever, de forma hierárquica, as principais situações das quais ele se recusa a encarar, como também anotar quais reações fisiológicas e pensamentos o atormenta nesses momentos.

### 2ª Sessão:

**Objetivos:** Reflexão sobre a tarefa de casa anterior, Reestruturação Cognitiva e Técnica de Relaxamento.

**Descrição da sessão:** Nesta segunda sessão o terapeuta abre uma discussão sobre a tarefa anterior e, a partir das anotações apresentadas pelo paciente, é importante que o terapeuta conduza a aprender identificar seus pensamentos distorcidos mais frequentes. De acordo com Cordioli (2008), a característica principal do pensamento cognitivo na FS é o medo da

observação ou do julgamento alheio. Por isso, os pensamentos desses pacientes refletem sua preocupação em comportar-se de maneira inadequada ou humilhante em demonstrar ansiedade. Sendo assim, é possível educar o paciente a observar seus pensamentos distorcidos e questioná-los de modo a perceber suas distorções e corrigi-los com o objetivo de amenizar a ansiedade gerada por eles (Reestruturação Cognitiva). Segundo o mesmo autor, esse questionamento é feito por meio da técnica do questionamento socrático, que consiste em questões feitas pelo terapeuta que permitem a revisão de evidências que confirmem ou não as hipóteses negativas do paciente.

A partir deste encontro inicia-se o treino de relaxamento muscular, cujo objetivo é treinar o paciente a perceber níveis diferentes de tensão e percebê-los como sinalizadores do início da ansiedade, dessa forma pode-se tentar interromper a ansiedade através da reestruturação cognitiva e do relaxamento muscular. Dessa forma, todas as sessões seguintes terão um tempo designado para discutir os pensamentos automáticos e crenças disfuncionais registrados ao longo da semana, bem como o treino de relaxamento muscular.

**Tarefa de casa:** O paciente deve treinar o relaxamento muscular juntamente com a reestruturação dos pensamentos distorcidos diariamente e sempre que se deparar com uma situação ameaçadora como também realizar anotações sobre a frequência desses acontecimentos.

### 3ª Sessão:

**Objetivos:** Reflexão sobre a tarefa de casa anterior, anejo do estresse, continuação do treino de relaxamento muscular e reestruturação cognitiva.

**Descrição da sessão:** Inicia-se a sessão abrindo um diálogo sobre os resultados da tarefa de casa estabelecida na sessão anterior. A partir dos resultados obtidos, dá início ao manejo da ansiedade com o objetivo de fazer com que o paciente aprenda a ter um controle maior das respostas fisiológicas próprias da ansiedade. Aqui o paciente é orientado a, quando identificar os sinais que indicam um aumento de sua ansiedade gerada por uma situação ameaçadora, utilizar a distração e/ou um exercício respiratório com o intuito de diminuir a ansiedade.

A técnica de distração permite ao paciente desviar sua atenção das reações fisiológicas e dirigi-la a outros aspectos da situação em que se encontra. Já o exercício respiratório visa a diminuição da hiperventilação e o alcance de uma respiração mais profunda (CORDIOLI, 2008).

Ainda nesta sessão questiona-se o paciente sobre seu desempenho nas habilidades de comunicação, como por exemplo: “De que forma você reage, se necessário for, para solicitar informações a alguém?”, “Ou, em um grupo de amigos como você reagiria se solicitado pra expressar sua opinião sobre determinado assunto?”. A partir desses questionamentos o terapeuta poderá introduzir outras questões relacionadas aos pensamentos disfuncionais do paciente, como por exemplo: “O que você acha que estava pensando nessa situação?, Que pensamentos lhe

passou pela cabeça?”, “O que essa situação significou para você?”. Essa discussão poderá ajudar a identificar as crenças sobre as preocupações do paciente, facilitando o desafio.

Pacientes com FS tendem a superestimar a probabilidade de eventos ameaçadores, o que os tornam ansiosos perante a exposição dessas situações potencialmente perigosas. E para ajudá-lo a encarar melhor essas situações é importante destacar a diferença entre possibilidade e probabilidade.

#### **4ª Sessão:**

**Objetivos:** Treino de relaxamento muscular, ensaio comportamental, modelação.

**Descrição da sessão:** Continuação do relaxamento muscular com o objetivo agora de reduzir o tempo que o paciente leva para relaxar. Então se pede que este inicie respirando calmamente e que vá identificando e distinguindo os músculos que estão tensos daqueles que estão relaxados. Logo em seguida o terapeuta orienta o relaxamento dizendo “inspire”, “relaxe” e “expire”, passado a orientação do terapeuta, o paciente continua o relaxamento sozinho. A idéia é associar a palavra relaxe, as sensações de relaxamento. Além disso, o relaxamento pode permitir ao paciente a elaboração e a confirmação de crenças de que ele está no controle e é capaz de lidar com sua ansiedade (CORDIOLI, 2008).

Ao finalizar o treino de respiração nesta sessão, o terapeuta conduz o paciente a inúmeras situações que envolvam questionamentos (ensaio comportamental) do tipo: “Você mora aqui?” onde ao invés de responder “sim” ou “não” a pessoa pode oferecer informações livres, como por exemplo: “Sim, sou novato e ainda não conheço todos os vizinhos” (modelação). Dessa forma irá possibilitar a exploração de novas perguntas dando prosseguimento à conversação.

**Tarefa de casa:** O paciente deverá realizar o ensaio fora das sessões, visando estabelecer uma maneira bem objetiva pra lidar com suas dificuldades. Pede-se para que o ensaio, neste momento inicial, seja realizado preferencialmente em frente ao espelho.

#### **5ª Sessão:**

**Objetivos:** Continuação do relaxamento muscular, reflexão sobre tarefa de casa anterior, ensaio comportamental, THS de comunicação (iniciar, manter e finalizar uma conversação; fazer e responder perguntas).

**Descrição da sessão:** Dá-se seqüência com o processo de relaxamento que agora será controlado por sinais, até que o paciente consiga obter um relaxamento satisfatório. Logo em seguida inicia-se o THS a partir das respostas obtidas no questionário feito anteriormente. Como se refere a uma intervenção estruturada, começamos o THS baseado nos aspectos das habilidades sociais de comunicação dos quais incluem: *iniciar, manter e finalizar uma conversação; fazer e*

*responder perguntas.* Para Del Prette e Del Prette (2008), entre as habilidades de iniciar uma conversação destacam-se a de aproximar-se de uma pessoa ou grupo no momento mais apropriado, apresentar-se, observar, ouvir o outro, discriminar seus interesses, fazer perguntas abertas e fechadas, demonstrar senso de humor, pedir e expressar opinião, expressar sentimentos positivos, apresentar feedback positivo e elogiar. Nessa perspectiva uma série de situações deverá ser encenada durante a sessão (ensaio comportamental) visando o desenvolvimento desta habilidade.

**Tarefa de casa:** O paciente deverá tomar informações a alguém que passe pela rua; pedir algo emprestado a um amigo e devolver este objeto atrasado sem usar justificativas; utilizar o telefone para pedir uma pizza; dizer olá para as pessoas, no ambiente social, de trabalho, ou aos vizinhos; elogiar algo de alguém como, por exemplo, o cachorrinho da outra pessoa.

### **6ª Sessão:**

**Objetivos:** Relaxamento controlado, reflexão sobre a tarefa de casa anterior, ensaio comportamental e THS (fazer e recusar pedidos).

**Descrição da sessão:** Tendo em vista que as relações interpessoais podem se tornar uma considerável fonte de ansiedade para pacientes com FS, esta sessão inicia-se com um relaxamento controlado realizado na sessão anterior e logo em seguida dar-se continuidade ao THS com outro aspecto bem comum entre os pacientes que sofrem de FS que é a dificuldade em *fazer e recusar pedidos*. Dessa forma o terapeuta ensina o paciente a fazer pedidos com a intenção de conseguir algo, sem violar o direito do outro. Segundo Caballo (2006), neste momento são feitas algumas recomendações para praticar as habilidades de fazer pedidos como: ser direto, sem precisar se justificar; estar sempre preparado para ouvir uma resposta negativa, pois já que uma pessoa tem o direito de pedir, a outra tem o direito de se recusar a fazer.

**Tarefa de casa:** O paciente deverá pedir algo (que não necessite devolver) a um vizinho; deverá ir a uma padaria pedir um produto de seu consumo, agradecer e ir embora.

### **7ª Sessão:**

**Objetivos:** Reflexão sobre a tarefa de casa anterior, ensaio comportamental, THS (enfrentar críticas) e leitura do texto sobre os Direitos Humanos.

**Descrição da sessão:** Após refletir sobre a tarefa de casa anterior, o próximo treino refere-se ao processo de *enfrentar críticas* que, segundo Caballo (2006), essa habilidade está diretamente associada ao de *defesa de direitos*, pois devemos estar cientes que qualquer pessoa tem o direito de fazer uma crítica e para isso, primeiramente, devemos conhecer os nossos direitos. Para isso, apresenta-se uma lista de Direitos Humanos ao paciente, desta forma ele aprende a defender seus direitos de forma assertiva.

**Tarefa de casa:** O paciente deverá entrar em uma loja e pedir que a vendedora mostre várias coisas, agradecer e ir embora, comprar algo em uma loja, e logo depois devolver.

### **8ª Sessão:**

**Objetivos:** Reflexão sobre a tarefa de casa anterior, ensaio comportamental, THS (manter o foco e o interesse no assunto).

**Descrição da sessão:** O objetivo agora é realizar o THS em outro aspecto muito importante e necessário numa relação interpessoal, *manter o foco e o interesse no assunto*. A técnica sugerida é a de fixar o olhar diretamente na pessoa-alvo, procurando manter contato ocular; adotar uma postura apropriada demonstrando disponibilidade; inclinar-se levemente, com a parte superior do corpo, em direção ao outro; acenar com a cabeça e usar vocalizações (do tipo: *hum-hum, sim*) quando o outro diz algo importante são demonstrações de estar atento à pessoa que fala.

**Tarefa de casa:** O paciente deverá ler, conversar sobre temas atuais e apreciar o valor da conversa informal.

### **9ª Sessão:**

**Objetivos:** Reflexão sobre a tarefa de casa anterior, ensaio comportamental, THS (fazer amizades).

**Descrição da sessão:** Após o termino da reflexão sobre o tema anterior, essa sessão será destinada ao THS em *fazer amizades*. Conforme Caballo (2010), um aspecto importante a fazer novas amizades consiste em saber onde conhecer pessoas novas. Pode-se aproveitar as situações nas quais nos envolvemos a cada dia ou podemos buscar novos lugares onde conhecer novas pessoas. Uma pessoa com FS pode não tomar iniciativa para fazer novas amizades porque não sabe como se aproximar ou não sabe como dar início à interação. Neste caso, o THS em fazer amizades será inicialmente através do ensaio comportamental juntamente com a psicodramatização. O terapeuta deverá simular um ambiente familiar, um supermercado, uma farmácia, um cinema para assim, desenvolver a habilidade.

**Tarefa de casa:** O paciente deverá apresentar-se a uma pessoa desconhecida em uma loja, na fila do cinema; sentar-se ao lado de alguém no ônibus e iniciar uma conversação; visitar outras pessoas.

### **10ª e 11ª Sessão:**

**Objetivos:** Reflexão sobre a tarefa de casa anterior, ensaio comportamental, THS (falar em público).

**Descrição da sessão:** Esta sessão será estruturada para o THS de *falar em público*. De acordo com Del Prette e Del Prette (2008), esta habilidade é provavelmente um dos desempenhos sociais que mais requerem competência, pois, embora o que se tenha a dizer possa ser extremamente relevante e valioso, essa atribuição depende muito da qualidade da apresentação. Todavia, para esse aspecto será necessário utilizar de duas sessões psicoterápicas.

Como se trata de uma habilidade que exige total esforço do paciente faz-se necessário introduzir nessa sessão o treino de relaxamento muscular utilizando de um instrumento diferente: uma música de sintonia instrumental relaxante (a critério do terapeuta). Logo em seguida o terapeuta solicita que o paciente leia um texto com tom de voz alta e na sequência explique e discuta a mensagem principal do texto. Numa segunda tentativa o paciente realiza o mesmo ensaio comportamental, só que agora na condição de imaginar perante a uma platéia.

**Tarefa de casa:** O paciente deverá praticar a habilidade diante do espelho, de frente para a parede e logo em seguida praticar com a família e com os amigos.

### 12ª Sessão:

**Objetivos:** Reflexão sobre a tarefa de casa anterior e aplicação do Inventário de Habilidades Sociais (IHS) no intuito de avaliar o desempenho social e o repertório de habilidades sociais.

**Descrição da sessão:** O terapeuta determina um tempo dessa sessão para abrir um diálogo sobre todo o tratamento desenvolvido na psicoterapia, quais expectativas que o paciente espera alcançar e se, para ele, o tratamento teve eficácia significativa. Na sequência o terapeuta deverá verificar se o paciente está conseguindo por em prática todas as técnicas abordadas durante as sessões, bem como avaliar o seu repertório de habilidades e desempenho social. Para suprir esta necessidade, (BANDEIRA M., COSTA M. N., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., CARNEIRO G. E., 2000) sugerem a aplicação do Inventário de Habilidades Sociais (IHS).

### 13ª Sessão:

A partir dessa sessão, já com os resultados obtidos no IHS, o terapeuta dará sequência conforme a necessidade do paciente. Contudo, o terapeuta deverá incentivar o paciente a alcançar seus objetivos, dando atenção a seus desejos e atividades que lhe são prazerosas. Incentivá-lo a reavaliar suas relações interpessoais, crenças distorcidas e problemas com assertividade. O terapeuta deve também trabalhar a prevenção de recaídas nas últimas sessões sempre recordando dos procedimentos aprendidos durante o tratamento.

## RESULTADOS ESPERADOS

A proposta de intervenção apresentada neste trabalho está fundamentada em técnicas e componentes da Teoria Cognitivo-Comportamental baseada, especificamente, no Treino de Habilidades Sociais que são consideradas fundamentais no tratamento da Fobia Social. Dessa forma o THS exerce um efeito significativo nos resultados uma vez que, o objetivo é prover no paciente um novo repertório comportamental, mais amplo e socialmente adaptado.

Segundo Caballo (2006), o THS visa desenvolver habilidades que permitam o entrosamento social, diminuindo a ansiedade de desempenho e promovendo uma interação verbal mais efetiva. Os mesmos autores concluíram que a FS está efetivamente relacionada à ausência de habilidades sociais.

Nessa perspectiva espera-se que, com o desenvolvimento deste trabalho, sua prática no THS auxilie na aquisição de um repertório de habilidades sociais necessários para o enfrentamento de situações ansiogênicas, como também promover a redução de sintomas da FS e alteração dos padrões cognitivos disfuncionais que acarretam e reforçam o comportamento de esquiva. O desenvolvimento de tais habilidades proporciona um melhor entrosamento nas situações sociais, colaborando significativamente para a redução da ansiedade no relacionamento interpessoal.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Fobia Social é caracterizada como o medo excessivo ou injustificado de algo particular ou de uma situação que é manipulada por esquiva persistente, ou seja, um estado de ansiedade constante que decorre da expectativa ou presença da avaliação interpessoal em lugares sociais. Esse estado impossibilita que o indivíduo execute comportamentos sociais adaptativos causando prejuízo nas interações sociais. Dessa forma o THS tem se mostrado bastante eficaz no tratamento da FS, sendo considerada uma das intervenções mais utilizadas junto à terapia cognitivo-comportamental, cujo objetivo está focalizado no desenvolvimento das habilidades sociais.

O formato individual para o THS no tratamento da FS apresentado neste trabalho pode ser necessário quando o sujeito apresentar ansiedade excessiva, pois do contrário seria muito difícil sua adaptação ao grupo. Algumas das técnicas citadas têm mostrado bons resultados, e a abordagem cognitivo-comportamental, através da aplicação do THS, visa principalmente à modificação de crenças, à eliminação dos padrões evitativos de comportamento, ajudando o indivíduo a manejar as reações de ansiedade.

Contudo, as informações contidas neste trabalho podem contribuir de forma significativa para a exposição do conhecimento atual sobre a FS e seu tratamento psicoterápico baseado no THS auxiliando estudantes e profissionais interessados na temática, contribuindo também para um possível aprendizado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANDEIRA M., Costa M. N., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., Carneiro G. E. (2000). *Qualidades psicométricas do Inventário de Habilidades Sociais (IHS): estudo sobre a estabilidade temporal e a validade concomitante*. Recuperado em 7 de junho, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v5n2/a06v05n2.pdf>

CABALLO, V. E. *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos, 2006.

CABALLO, V. E. (2010). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos. Original publicado em 2003.

CID-10 - *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. OMS (coord.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CORDIOLI A.V. (1998). *Psicoterapias: abordagens atuais/* Aristides Volpato Cordioli – 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

CORDIOLI A.V. (2008). *Psicoterapias: abordagens atuais/* Aristides Volpato Cordioli (Org.); 3. Ed. Porto Alegre: Artmed

DEL PRETTE, Z. A. P. & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das Habilidades Sociais: Terapia e educação*. Petrópolis: Vozes.

DEL PRETTE, A. & Del Prette, Z. A. P. (2001). *Habilidades Sociais: Biologia Evolucionária e Cultura*. Em H.J. Guilhardi; M.B.B.P. Madi; P.P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição*. Santo André: ESETEC.

DEL PRETTE, A. & Del Prette, Z. A. P. (2008). *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.

D'EL REY, G. J. F., & MONTIELL, J. M. (2002). Estrutura e forma da consulta em terapia cognitivo-comportamental. *Integração: Ensino, Pesquisa e Extensão*, 8, pg. 280-286.

DSM-IV-TR: *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed., 4ª ed. rev. APA 2002.

FURMARK, T., Tillfors, M., Stattin, H., Ekselius, L. & Fredrikson, M. (2000). *Subtipos de Fobia Social na população em geral*. *Psychological Medicine*, 30(6), pg. 1335-1344.

GRESHAM, I. M. (2009). Análise do Comportamento Aplicada às Habilidades Sociais. Em Z.A.P. Del Prette & A. Del Prette (Org.). *Psicologia das Habilidades Sociais: Diversidade Teórica e suas Implicações*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.

NOGUEIRA, M. J. (Coord). *Diagnóstico Psiquiátrico: Um guia*. São Paulo, Lemos Editorial, 2002.

RANGÉ, B. (2001). *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.