

UNIVERSIDADE DE UBERABA

Igor Borges Cardoso

Samuel Canedo Silva Mesquita

**Transtorno de Ansiedade Social, Técnicas de intervenção e manejo da
Terapia Cognitivo Comportamental.**

UBERABA - MG

2021

UNIVERSIDADE DE UBERABA

Igor Borges Cardoso

Samuel Canedo Silva Mesquita

**Transtorno de Ansiedade Social, Técnicas de intervenção e manejo da
Terapia Cognitivo Comportamental.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade de Uberaba
como exigência obrigatória para conclusão
do curso de Psicologia

Orientadora: Profa. Helena Borges Ferreira

UBERABA - MG

2021

Introdução

De acordo com o DSM-5 (1), o transtorno de ansiedade social pode ser definido como o medo ou ansiedade acentuados em relação a uma ou mais situações sociais onde o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. De acordo com Angélico (2), os estímulos que geram maior nível de ansiedade em pessoas com esse transtorno e que servem de exemplo para o seu entendimento, são as situações que exigem algum tipo de expressão da pessoa frente a outros indivíduos como falar, fazer atividades e/ou simplesmente estar em local com presença de pessoas. Nesse sentido, a Terapia Cognitivo Comportamental se faz importante no contexto da Ansiedade Social como abordagem de tratamento psicológico para melhora da qualidade de vida dos indivíduos com tal transtorno e o presente artigo visa então fazer uma revisão das características do transtorno de ansiedade social e as técnicas de tratamento desenvolvidas pela abordagem Cognitivo Comportamental para seu tratamento.

1. Transtorno de Ansiedade Social (TAS).

Ao se falar de Transtorno de Ansiedade Social (TAS), começamos a falar de um transtorno que faz parte de uma família de transtornos com uma característica em comum que os diferenciam de outras formas de transtorno mental que é a sintomatologia ligada a ansiedade. Então, a partir disso, para o entendimento das características desse transtorno que visamos trabalhar nesse artigo acreditamos ser importante fazermos uma breve retrospectiva histórica da origem da ansiedade enquanto emoção e enquanto transtorno, do seu significado no passado e na atualidade.

O fenômeno que hoje descrevemos como ansiedade sempre foi algo que gerou curiosidade na história humana sendo observada no decorrer dos anos pelos vieses antropológico, filosófico, religioso, médico e psicológico.

Segundo Nardi (2006, *apud* D'AVILA, 2019), os primeiros estudos daquilo que poderia ser descrito como ansiedade partiu dos egípcios que observavam tal fenômeno como uma possessão demoníaca ou obra de encantamentos, o observando

então por um viés mais místico, e dos estudos gregos que observavam o fenômeno como um desequilíbrio da natureza humana ocasionada por interferências da natureza no corpo, o observando então por um viés rústico daquilo que hoje definimos enquanto saúde e doença.

Somente a partir no século XVII cunhou-se o termo ansiedade que começou a ser usado na escrita médica para se referir a doenças mentais. Depois na segunda metade do século XIX, a ansiedade começou a ser estudada por meio da mente humana por psiquiatras a partir dos trabalhos de Freud e outros autores contemporâneos que observavam o fenômeno como fruto de herança genética ou um mau funcionamento do sistema nervoso (COUTINHO *et. al*, 2013).

Atualmente, o fenômeno da ansiedade é visto não só como um transtorno, mas também como um sentimento/ emoção. Castillo (2000), define a ansiedade como um sentimento vago e desagradável de medo e apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho.

De acordo com Clark & Beck (2012), a ansiedade pode ser caracterizada como uma emoção que é ligada a vivência do presente com uma observação direcionada ao futuro, que busca preparar a pessoa para viver situações de ameaça e perigo, envolvendo respostas cognitivas, afetivas, fisiológicas e comportamentais, buscando a autoproteção e a sobrevivência.

Do ponto de vista trazido por esses autores, a ansiedade é vista como necessária para o ser humano manter a autopreservação da sua integridade através do preparo para situações ameaçadoras que se espera viver.

Em situações do nosso cotidiano como provas, apresentações em público, conversas com pessoas importantes e sobre assuntos importantes é exigido uma preparação antecipada do modo como vamos expressar ideias e de que quais ideias serão expressas. A ansiedade então, se manifesta como um desconforto que visa gerar o sentimento de necessidade de preparação para algo importante que está por vir.

Enquanto transtorno na atualidade, a ansiedade se manifesta como um sentimento desagradável ligado ao medo, apreensão e desconfiança sentidos da tensão, desconforto e da antecipação do perigo contínuo de algo desconhecido, com

sensação de constante preocupação, insegurança e desconfiança (CASTILLO *et. al* 2000). Observa-se, então, que a principal característica da ansiedade enquanto transtorno é que ela se manifesta de forma contínua e de diferentes formas negativas afetando a vida da pessoa e sua convivência social em diversos âmbitos, caracterizando-se através do contexto dos sintomas os diversos transtornos de ansiedade atualmente descritos no (DSM-V, 2014).

Andrade *et al.* (2006) observa que as manifestações dos transtornos de ansiedade podem ser identificados desde a infância em crianças e tais manifestações podem afetar diretamente seu desenvolvimento emocional e psicológico, em que seus pensamentos são influenciados por medos e preocupações irracionais, que dentro do seu crescimento vão convergir com ações dentro do desenvolvimento de diversas funções e da sua personalidade, podendo gerar desconfianças constantes sobre sua saúde, segurança, alimentação, vida social, escola e sua personalidade.

A origem sintomática na infância e adolescência dos indivíduos resulta em formas do transtorno de ansiedade mais graves, frequentes complexos e notáveis na fase adulta pelo fato de o adulto ter de assumir um papel de mais autonomia e menos dependência em relação aos pais, sendo agora responsável pelas suas atitudes e pela sua própria sobrevivência, fatores esses que se caracterizam como estímulos estressores e ansiogênicos.

Na atualidade, a ansiedade tem se mostrado cada vez mais comum, atingindo milhões de pessoas no mundo todo e gerando uma grande carga de prejuízos econômicos, sociais e de aumento de busca de tratamento psicológico e psiquiátrico (CLARK & BECK, 2012).

Nesse sentido, a ansiedade representa uma manifestação não adaptativa do mundo moderno que gera prejuízos pessoais e funcionais que está cada vez mais presente na realidade das pessoas devido as novas formas de relação com o mundo e com as pessoas, que ao mesmo tempo que geram mais riqueza, produzem comportamentos de adoecimento.

Dentre as formas de manifestação da ansiedade como transtorno a mais comum em todo o mundo seria o Transtorno de Ansiedade Social também denominado de TAS (Clark & Beck, 2012).

De acordo com o DSM-5 (2014), o TAS pode ser definido como o medo ou ansiedade acentuados em relação a uma ou mais situações sociais onde o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. Podemos citar o entendimento do indivíduo com TAS como sendo alguém que possui medo excessivo que manifesta ansiedade e/ou busca se esquivar de interações e situações sociais que envolvem a possibilidade de ser avaliado.

Angélico (2009) reforça o entendimento das características do transtorno dizendo que as situações em que ele comumente se manifesta são as que exigem algum tipo de expressão frente a outras pessoas como falar ou fazer atividades e/ou entrar em locais onde já tenham outras pessoas.

O indivíduo com TAS quando exposto a tais situações sociais pode apresentar pensamentos disfuncionais ligados ao medo de ser avaliado negativamente por quem ele é (ou acredita ser), como por exemplo de ser visto como alguém ansioso, que possui alguma debilidade, que é maluco, estúpido, engraçado, ou que se apresenta como alguém amedrontado, sujo ou desagradável. Também pode apresentar pensamentos disfuncionais de medo relacionados a sua forma de agir frente a outras pessoas como por exemplo medo de ruborizar, de tremer, de transpirar, de tropeçar nas palavras ou de ser ofensivo a outras pessoas por meio de um olhar ou demonstrando sintomas de ansiedade que podem gerar rejeição como consequência (DSM-5, 2014).

Tais características na vida do indivíduo fazem com que ele não se sinta confiante, não se sinta bem com os locais onde convive e com as pessoas que estão a sua volta, tenha limitações funcionais na comunicação, na participação social, no desenvolvimento de relações sociais, no sucesso acadêmico e/ou no desempenho profissional, e faz com que ele também mantenha em seu perfil de comportamentos a fuga e o isolamento, que podem ser fatores de surgimento de outras manifestações de adoecimento.

De acordo com Hope *et. al* (2012), infelizmente, a maioria dos indivíduos com ansiedade social só procura tratamento para o TAS quando desenvolvem algum outro transtorno adicional. Se observa que dos indivíduos que procuram tratamento, 70% a 80% apresentam sintomas que se enquadram dentro dos critérios para outros diagnósticos sendo os mais comuns: a fobia específica, a agorafobia, a depressão maior e o abuso e dependência de álcool.

Nesse caso, o tratamento do TAS torna-se necessário não só para um alívio da carga emocional negativa sentida pelo paciente e para uma melhor qualidade de vida, mas também para evitar a deterioração de seu quadro clínico.

Vale aqui ressaltar que de acordo com a literatura em alguns casos existe uma confusão entre o Transtorno de ansiedade Social e timidez

De acordo com Sillamy (1998), o sujeito tímido pode ser definido como alguém emotivo, que teme agir mal e que as vezes reagindo exageradamente às emoções, se sente perturbado quando na presença de outras pessoas, preferindo fugir dos contatos sociais; o que se assemelha as características do Transtorno de ansiedade Social, mas que não podem ser considerados o mesmo fenômeno.

A timidez pode ser definida como um traço de personalidade comum e não uma patologia por si só, porém, quando aquilo que entendemos como timidez se manifesta de forma significativa no funcionamento social, profissional e/ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, o mesmo pode ser diagnosticado como uma forma de transtorno. De acordo ainda com o DSM-V (2014), dos casos totais de timidez, somente uma minoria representada por 12% são identificados nos Estados Unidos com sintomas que satisfazem os critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade social.

O TAS pode ser dividido em dois subtipos, sendo o *generalizado* para definir os indivíduos com medo de interações sociais, medo do desempenho e da observação, e o não generalizado que temem falar em público, mas que se sentem confortáveis interagindo ou sendo observados por outras pessoas (HOPE *et.al*, 2012).

Dentre as formas de tratamento conhecidas do TAS estão a psiquiátrico/farmacológico e a psicoterapia. Dentro das abordagens em psicoterapia a mais utilizada é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

2. Terapia Cognitivo comportamental: visão sobre o TAS e sua eficácia enquanto abordagem de tratamento

De acordo com a TCC, indivíduos que têm ansiedade social, interpretam o mundo como se fosse um lugar ameaçador para eles, e isso faz com que estejam em alerta o tempo todo. A terapia cognitivo-comportamental, trabalha de maneira focal e

educativa, e prioriza as questões práticas vivenciadas nas sessões de terapia e também o que é feito nas tarefas de casa realizadas pelo paciente designadas pelo psicólogo.

Segundo Öst & Hugdahl (1981, *apud* DEL REY & PACINI, 2006), explicações mais antigas da TCC sobre a fobia social, tinham como foco, dizer que o início da fobia social, poderia ocorrer em um momento traumático, onde a pessoa se embaraça publicamente.

Hofmann, Ehlers e Roth (1995, *apud* DEL REY & PACINI, 2006), disseram que tais experiências traumáticas, foram reportadas por pessoas com casos severos de ansiedade, mas na maioria das vezes, ocorreu depois que os sintomas da FS já estavam presentes na vida da pessoa. Sendo assim, essas situações negativas não eram o início do transtorno, e sim uma consequência da fobia.

De acordo com Mersch (1995, *apud* DEL REY & PACINI, 2006), indivíduos com esse transtorno, sofrem de um déficit muito grande em suas habilidades sociais, pois têm dificuldade de iniciar uma conversa com alguém, de comportar-se em entrevistas de emprego, etc.

Öst, Jerremalm & Johansson (1981, *apud* DEL REY & PACINI, 2006) disseram que os estudos da TCC, relatam uma incidência alta de déficits de habilidades sociais em pessoas que sofrem desse transtorno, e que este fato poderia ser responsável pela alteração no quadro da fobia.

Ellis (1962, *apud* DEL REY & PACINI, 2006) teorizou que o transtorno de ansiedade social poderia ser explicado por crenças irracionais. Essas crenças são, por exemplo, que precisamos causar uma boa impressão para que as pessoas nos aceitem, ou então que temos que ser perfeitos em nossos desempenhos quando estamos em determinada situação. Sendo assim, as pessoas que permanecem com essas crenças, acabam se cobrando demais, querendo ser perfeitas em tudo, sem errar, chegando a uma tentativa extrema de perfeição, e esse alto grau de esforço eleva o nível de ansiedade na tentativa de se comportar de certa maneira, e quando tudo não sair como planejado, a pessoa pode se frustrar.

Beck, Emery e Greenberg (1985, *apud* DEL REY & PACINI, 2006) teorizaram sobre a existência de uma vulnerabilidade cognitiva em pacientes que possuem fobia

social. Sendo assim, esses indivíduos costumam interpretar erroneamente seu desempenho em todas as situações sociais que se encontram.

Estudos de metanálise identificaram uma eficácia alta da TCC na redução da ansiedade social. Feske e Chambless (1995, *apud* DEL REY & PACINI, 2006), realizaram uma metanálise que foi concentrada na comparação de estudos que testaram a terapia cognitivo-comportamental e que testaram apenas a exposição no tratamento do transtorno. Diante dos resultados, foi possível notar que as duas formas de tratamento são eficazes, porém a TCC tem uma vantagem sobre a técnica de exposição usada de forma isolada.

Em um estudo de metanálise realizado por Taylor (1996, *apud* DEL REY & PACINI, 2006), ele comparou controles na lista de espera, placebo, exposição, reestruturação cognitiva, uma combinação de exposição e reestruturação cognitiva e treinamento de habilidades sociais no tratamento do transtorno de ansiedade social. Os resultados mostraram que todas as formas de tratamento foram superiores aos controles na lista de espera. Ao excluir essa forma de tratamento, o placebo passou a ser a forma de tratamento que menos ajudou os pacientes. Já a combinação entre exposição e reestruturação cognitiva, foi a forma de tratamento mais eficaz para o tratamento.

Segundo Heimberg (1995, et. al, *apud* DEL REY & PACINI, 2006), a terapia cognitivo-comportamental em grupo vem recebendo uma certa atenção, pois além de ter a eficácia das técnicas cognitivas e comportamentais, o fato de ser em grupo, colabora muito com os pacientes que têm TAS, diminuindo o isolamento deles e agindo em forma de exposição.

Sobre a combinação da terapia cognitivo-comportamental e da farmacoterapia, utilizadas no tratamento da fobia social, Gelernter (1998, et. al, *apud* DEL REY & PACINI, 2006) afirmaram que a farmacologia acrescenta muito ao tratamento cognitivo-comportamental, pelo fato de que os medicamentos facilitam a aplicação das técnicas comportamentais, principalmente os antidepressivos.

3. Técnicas de manejo da Ansiedade Social em Terapia Cognitivo Comportamental.

A partir da leitura dos diversos conteúdos sobre manejo da Ansiedade Social pela Terapia Cognitivo Comportamental decidimos iniciar a apresentação do conteúdo dessa revisão bibliográfica a partir do trabalho de Hope *et. al* (2012) por ser o mais rico em material teórico e depois fazer a apresentação de conteúdos trazidos por outros autores sobre o assunto, trazendo em meio a leitura uma discussão entre os pontos de acordo e de desacordo entre os conteúdos. Tal dinâmica de escrita visa fazer com que o leitor tenha um primeiro entendimento de bases mais sólidas de manejo do TAS a partir de um modelo mais bem fundamentado e depois tenha acesso ao conhecimento sobre outras técnicas também presentes na literatura trazidas por Gusmão *et. al* (2013) e D'El Rey e Pacini (2005, 2006) e Leal *et al.*, (2011).

Então, a princípio se observa que para se definir as técnicas de tratamento do TAS é necessário buscar observar suas características. Hope *et. al* (2012) observa que as técnicas para manejo da ansiedade social devem preconizar o trabalho sobre:

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

O trabalho sobre tais premissas busca através de intervenções cognitivas fazer com que o movimento para a manutenção dos comportamentos de fuga e evitação observadas no TAS sejam mudados para comportamentos cada vez mais em busca de enfrentamento do medo e desenvolvimento de habilidades de ação frente a situações sociais.

A partir dessas premissas Hope *et. al* (2012) desenvolve um modelo de atividades em que será aplicada a técnica de “**Reestruturação cognitiva**” do paciente com relação aos fatores sociais que são ansiogênicos a ele.

De acordo com Hope *et. al* (2012):

A reestruturação cognitiva aborda diretamente os pensamentos que provocam ansiedade, aborda a excitação psicológica reduzindo as percepções de perigo e aborda o componente comportamental liberando maior atenção para a tarefa social em questão e diminuindo a evitação.

D'El Rey e Pacini (2005) reforçam o uso da técnica de reestruturação cognitiva como importante no tratamento do TAS e a define como sendo uma técnica utilizada para ensinar o paciente a identificar suas crenças irracionais realizando através de contato com a realidade uma testagem de suas crenças e corrigindo o conteúdo distorcido, visto como aquele que não condiz com a realidade.

Durante todo o período de tratamento do modelo de intervenção sobre o TAS proposto por Hope *et. al* (2012), uma técnica bastante presente em sua execução é a da “**Psicoeducação**” sobre a Ansiedade, sobre o TAS e sobre o funcionamento da TCC que é posta em prática através do

(1) compartilhamento do diagnóstico e do entendimento do quadro clínico do paciente, talvez se utilizando até mesmo de uma técnica proposta pelo autor intitulada “**Espiral descendente da Ansiedade**” que tem como objetivo explicar ao paciente sobre os componentes que mantêm a sua ansiedade;

(2) através de orientações sobre o funcionamento da TCC enquanto abordagem e das técnicas que estruturam essa forma de tratamento proposta pelo autor para manejo do TAS que seriam a “**Exposição sistemática gradual, a Reestruturação cognitiva e Tarefa de casa**”;

(3) através da “**Tarefa de casa**” ao paciente, em que ele é instruído a ler sobre os passos para aprender a lidar com seu transtorno no livro que o autor intitula como “Manual para TAS do Paciente” que se caracteriza como um material de apoio utilizado em seu modelo de tratamento do TAS;

(4) através de apresentação do conteúdo lido pelo paciente como tarefa de casa e vivido enquanto problemática pelo paciente em terapia através da técnica de “**Exposição sistemática gradual de ideias**”;

(5) através do feedback do terapeuta ao paciente sobre aquilo que ele trouxe enquanto reflexão do conteúdo lido e sobre conteúdos que são necessários para que o paciente consiga fazer associações com o conteúdo que leu sobre das técnicas da TCC, sobre o TAS e sua realidade.

Gusmão *et al.* (2013) explica que a psicoeducação na TCC tem como objetivo de servir para esclarecer os principais pontos envolvidos no tratamento do TAS para o paciente, em que ele seja capaz de participar ativamente do processo do seu tratamento, considerando o caráter colaborativo da abordagem. Sobre esse processo, uma menção importante a ser feita é a de que sempre que possível é importante que o terapeuta busque tornar a linguagem sobre o conteúdo do transtorno algo de fácil entendimento para o paciente evitando se utilizar de palavras de difícil entendimento ou pouco conhecidos pelo paciente (BECK, 2014).

Dentro do processo de Psicoeducação e do processo de reestruturação cognitiva, um grupo de técnicas apresentado por Hope *et. al* (2012) para o fluxo contínuo de desenvolvimento do paciente dentro do processo terapêutico é o ensino da técnica de **“Identificação dos pensamentos automáticos disfuncionais, crenças disfuncionais, emoções causados por eles, avaliação cognitiva e mudança cognitiva comportamental”** ao paciente através do treinamento de reestruturação cognitiva que é comumente utilizado na TCC para manejo de transtornos em geral, mas aqui está voltado para o TAS e suas características enquanto transtorno.

Dentro das sessões como material de auxílio para uso da técnica de **“Avaliação do estado emocional do paciente”** Hope *et. al* (2012), traz o uso de **“Checklists e fichas”** como o **“Social Anxiety Session Change Index (SASCI)”** a lista de **“Hierarquia de medo e evitação”** no início das sessões para autoavaliação, e traz também o uso de **“Dramatização”** e de materiais (como quadro negro), para a técnica de **“Exposição de ideias”** do paciente frente as suas ansiedades.

A **“Social Anxiety Session Change Index (SASCI)”** e a lista de **“Hierarquia de medo e evitação”**, são utilizadas enquanto escala de avaliação dos níveis de ansiedade do paciente e fazem parte de um processo técnico trazido como de fundamental importância por Hope *et.al* (2012,), dentro do tratamento do TAS que é o

“Monitoramento de progresso”, que visa sempre avaliar pensamentos disfuncionais ansiogênicos trazidos como mais relevantes pelo paciente para tratamento.

Vale ressaltar que a lista de **“Hierarquia de medo e evitação”** possui etapas de avaliação que por si só poderiam ser consideradas como técnicas da TCC para manejo do TAS, sendo elas:

(1) **“Brainstorming”**, que visa fazer o paciente expor através de lista situações sociais que ele observa que poderiam acontecer no cotidiano;

(2) **“Descobrimo as dimensões que tornam uma situação mais fácil ficar mais difícil”**, que visa ser um trabalho colaborativo entre paciente e terapeuta avaliando quais crenças e pensamentos estão por traz da intensificação da ansiedade do paciente frente as situações sociais trazidas pelo paciente e o quanto ele se sente ansioso frente a elas;

(3) **“Avaliações de medo e evitação”** que visa avaliar em escala (de intensidade onde são usados os números 0, 25, 50, 75 e 100 sendo 0 nada de ansiedade e 100 a pior ansiedade já sentida pela pessoa), o nível de medo do paciente frente as situações e a probabilidade do mesmo procurar evitá-las;

(4) **“Ordenando as situações”** que visa colocar as situações de medo em ordem de decrescente gerando ao final uma lista hierárquica de medo e evitação do indivíduo frente as situações sociais.

Tal lista após ser montada deve ser revisada em terapia para que seja trabalhada algumas das situações trazidas pelo paciente através por exemplo da dramatização.

Sobre a técnica de **“Dramatização”**, podemos vê-la como uma técnica interessante de ser utilizada no tratamento de TAS para que o paciente possa ter contato com potenciais situações ansiogênicos de uma forma segura e controlada para trabalhar seus pensamentos e sentimentos (HOPE *et. al*, 2012).

Hope (*et.al*, 2012) afirma que em casos de “medo em relação a interação com outras pessoas”, por exemplo, pode ser feita uma dramatização de uma conversa casual e em casos de “medo relacionado a apresentação em público”, por exemplo, pode ser feita pelo paciente uma dramatização em que ele relate uma experiência recente como se estivesse contando uma história em grupo.

A técnica de Dramatização vem com o objetivo de auxiliar o paciente a criar comportamentos adaptativos frente as situações sociais ansiogênicos e o ajuda a lidar com pensamentos e crenças disfuncionais que possam surgir e manter seus níveis de ansiedade altos. Dentro do processo de tratamento do modelo proposto por Hope *et. al* (2012), a Dramatização entra na fase da terapia intitulada como Exposição, que faz parte do processo técnico de Reestruturação Cognitiva e deve ser feito com cuidado evitando comportamentos de fuga e evitação por parte do paciente.

Hope *et. al* (2012) traz como importante a atenção em relação ao uso da Dramatização em casos de tratamento do TAS como a sugestão de sua aplicação ao paciente na sessão buscando nunca propor a ideia com o intuito de aplicá-la somente em uma próxima sessão. Tal adiamento poderia ser um fator ansiogênico para o paciente deixando de ser uma técnica cujo objetivo seria uma atividade simples ao paciente que gere um sentimento de sucesso frente a uma situação que lhe gera ansiedade e não uma atividade que lhe gere mais ansiedade.

Outras técnicas trazidas por Hope *et. al* (2012) para Reestruturação Cognitiva dentro do manejo de TAS que podem ser citadas são a utilização de: “**Gráfico em forma de pizza**”, que busca observar probabilidades de reações ou resultados dentro de uma situação ansiogênica trazida pelo paciente; “**Lista de evidências**”, que busca avaliar a favor ou contra um dado trazido por um pensamento automático do paciente; “**Avaliações comparativas de ansiedade e desempenho**”, que visa observar em momentos de exposição o quanto o paciente superestima a visibilidade da sua ansiedade em momentos de medo; e “**Feedback em vídeo**”, quando o momento de dramatização na sessão é filmada e o paciente deve prever o que verá no vídeo e depois observar se o que foi previsto bate com a realidade mostrada no vídeo.

De acordo com Hope *et. al* (2012), visando fazer um reforço daquilo que foi trabalhado em terapia durante a semana é comum se criar ao final da sessão uma “**Mensagem para casa**” para que o paciente possa ler em momentos que perceba que sua ansiedade está surgindo para saber como agir frente a ela e ter uma diminuição de sua ansiedade. Tal técnica também é conhecida e chamada de “**Cartão de enfrentamento**” e é definida por Conceição & Bueno (2020), como frases motivacionais e realistas que ajudam o paciente a manter o foco, lembrar e/ou a verem as coisas por uma lente menos negativa em momentos em que as coisas não vão bem.

A “**Tarefa de casa**” dentro do modelo proposto por Hope et. al (2012) para manejo do TAS, costuma ser uma técnica que visa fazer com que o paciente faça a aplicação no dia a dia daquilo que foi experienciado e reestruturado em terapia. Inicialmente a aplicação do que foi desenvolvido em terapia em momentos sociais é menos frequente, mas aos poucos é aumentada a frequência exigida de comportamento pelo paciente até que se desenvolva a habilidade de se portar socialmente sem dificuldades. Em caso de faltas de oportunidade de interação social outras atividades que não sejam diretamente ligadas as situações ansiogênicos podem ser propostas para que o paciente pratique sua sociabilidade como afirma Hope et. al (2012) quando diz:

As tarefas de casa podem envolver atividades as quais facilitem tarefas futuras. Pacientes com muita ansiedade social e esquivos podem ter poucas oportunidades para se envolverem com outras pessoas. Assim, uma tarefa pode incluir questões sobre atividades envolvendo outras pessoas, como uma classe ou uma atividade comunitária ou religiosa.

Tal conceito técnico também é citado por Gusmão et al. (2013) e é intitulado pelo autor de “**Experimentos comportamentais**” cujo objetivo técnico seria expor o paciente a situações sociais que são vistos como estímulos ansiogênicos, de maneira gradual, se utilizando da técnica de “**Dessensibilização sistemática**”.

De acordo com Caballo (2007), a dessensibilização sistemática consiste no desenvolvimento e aplicação de uma série gradual de situações provocadoras de ansiedade no paciente e de emparelhamento da imaginação dos itens da hierarquia por parte dele, até que através do contato com tais estímulos ansiogênicos ele tenha uma diminuição do nível de ansiedade no contato com eles.

Além das técnicas apresentadas anteriormente, Gusmão et al. (2013) traz também o grupo de técnicas referente ao “**Treino de relaxamento**” e ao “**Treino de habilidades sociais**” para intervenção no TAS.

No “**Treino de relaxamento**” o objetivo é ajudar o paciente a atingir um estado de calma mental e física ao aprender como controlar suas respostas fisiológicas provenientes da ansiedade. Tal técnica está associada a técnicas de controle da

respiração e de relaxamento muscular e pode servir como aquecimento para a aplicação de outras técnicas comportamentais Gusmão *et al* (2013), como por exemplo a técnica de dramatização.

Segundo D'El Rey e Pacini (2006), a principal técnica utilizada no Treino de relaxamento é o “**Relaxamento Progressivo**”, que, de acordo com Wilhelm *et. al.* (2015), técnica que implica na tensão e relaxamento de vários conjuntos de músculos.

No “**Treino de habilidades sociais**”, o objetivo é de auxiliar o paciente a incorporar padrões assertivos ao seu repertório comportamental Gusmão (*et al.* 2013). De acordo com Gresham (2009, *apud* LEAL, 2011), as técnicas desse grupo consistem em uma estratégia de prevenção de futuras dificuldades comportamentais através do ensino ao paciente de novos comportamentos e habilidades, de aperfeiçoamento no uso de padrões de comportamentos e de habilidades já conhecidos e utilizados por ele e remoção ou redução de problemas de comportamento.

Segundo Argyle *et al.* (*apud* D'EL REY E PACINI, 2006), as técnicas mais utilizadas desse grupo são a modelagem do comportamento do paciente pelo terapeuta, o ensaio comportamental, reforçamento social e o treinamento de habilidades realizado fora da sessão pelo paciente. Nessa perspectiva a dramatização e a tarefa de casa (HOPE *ET. AL*, 2012), podem ser vistos como técnicas que fazem parte desse agrupamento técnico intitulado Treino de habilidades sociais.

Em D'El Rey e Pacini (2006), além das técnicas trazidas pelos outros autores, também é trazido o conceito técnico de “**Exposição**”, em que o paciente terá contato com os estímulos sociais temidos através da exposição pela imaginação ou ao vivo. A exposição pode ser vista como um processo em que a princípio o paciente tem o contato com os estímulos sociais temidos em terapia na companhia do terapeuta e depois com o decorrer do processo ele enfrenta os estímulos ao vivo. Em Hope *et. al* (2012), a exposição não possui uma conceituação definida e é subentendida na leitura como uma etapa do processo psicoterapêutico no manejo de TAS que se limita a dramatização dentro da sessão de uma situação selecionada pelo paciente e não necessariamente como uma técnica ou um grupo de técnicas. A etapa de contato ao vivo com o estímulo apresentado por D'El Rey e Pacini (2006), como parte do

processo de exposição em Hope (*et. al*, 2012), vai ser visto como parte da tarefa de casa.

Em Leal *et al.* (2011) se observa que existe um modelo de manejo da TAS pautado no Treino de habilidades sociais, onde o autor traz o uso das técnicas de psicoeducação, reestruturação cognitiva, ensaio comportamental, modelação, retroalimentação, reforço, tarefas de casa, manejo da ansiedade e técnicas de relaxamento. Dentre as técnicas aqui descritas vale apenas explicitar o entendimento do autor sobre o ensaio comportamental, a modelação, a retroalimentação e o reforço para fins de entendimento das técnicas dentro do modelo. Em relação ao restante das técnicas trazidas, assim como feito no trabalho dos outros autores, não serão descritas, pois, se assemelham aquilo que já foi anteriormente citado no artigo.

A técnica de “**Ensaio comportamental**”, diz respeito a ensinar o paciente a modificar modos de resposta não adaptativos e a substituí-los por modos de resposta mais funcionais; a técnica de “**Modelação**” diz respeito a ensinar o paciente uma nova forma de agir através da apresentação ao mesmo de um modelo comportamental; e as técnicas de “**Retroalimentação e reforço**” dizem respeito ao processo de feedback do terapeuta frente a tentativa do paciente atingir um determinado modelo comportamental proposto e o ato de reforçar positivamente suas aproximações em relação a ele (CORDIOLI, 2008).

Considerações finais

A partir desse trabalho foi observado que dentro da TCC existem diversas técnicas passíveis de uso para se obter resultados clínicos positivos no manejo do TAS sendo possível encontrar mais de um modelo de manejo proposto por autores da TCC. Suas técnicas se assemelham em muitos pontos, mas a forma como cada modelo está descrito pode proporcionar ao terapeuta formas diferentes de agir frente as dificuldades do paciente se utilizando da TCC como abordagem.

Para algumas técnicas citadas, o setting terapêutico deve ser preparado para a demanda de TAS, tendo espaço para dramatização e materiais para que o paciente tenha formas diferentes de expor e registrar seus pensamentos. Para suprir essa necessidade é exigido do terapeuta um investimento não só na aprendizagem das

técnicas de manejo do TAS, mas também em seu setting para uma aplicação correta das técnicas.

Em meio a pesquisa sobre o assunto foi observado uma certa carência nas informações relacionadas às diferenças das modalidades de atendimento individual ou grupal no manejo de TAS e as vantagens e desvantagens da aplicação das técnicas em cada uma delas, além disso muitas das obras utilizadas nessa revisão já possuem um certo tempo de produção. A partir disso observa-se tais fatores como indícios de que produções acadêmicas novas sobre o assunto seriam importantes para servir de apoio a profissionais.

Ao final, vale ressaltar que a TCC enquanto abordagem de manejo do TAS não se limita somente as suas técnicas sendo então importante do terapeuta ter em mente que o bom manejo da terapia é o que fará com que se crie a confiança e *rapport* entre paciente e terapeuta, dando ao paciente confiança para a experimentação das técnicas propostas para sua melhora. Além disso, a TCC por si só já se mostra como uma potente forma de lidar com o TAS, mas sua efetividade pode ser maior se for trabalhada em convergência a outras modalidades de tratamento como a médica/farmacológica para oferecer outras formas de cuidado a ansiedade.

Referências

ANDRADE, L. H. S., et al. **Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher**. Revista Psiq. Clín. 33 (2); 43-54, 2006.

ANGELICO, A. P. **Transtorno de ansiedade social e habilidades sociais: estudo psicométrico e empírico**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

ARGYLE, M., BRYANT, B. M. & TROWER, P. **Social skills training and psychotherapy: A comparative study**. Psychological Medicine.1974.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva: Teoria e prática**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed. 2014.

CABALLO V. E. **Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento**. 2ª ed. Editora: Livraria Santos. 2007.

CASTILLO, A. R., et al. **Transtornos de ansiedade**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria [online]. Scielo, 2000.

CLARK, D.A.; BECK, A.T. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: ciência e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CONCEIÇÃO J. & BUENO G. **101 Técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental**. Editora UNC, 2020.

CORDIOLI A.V. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2008.

COUTINHO, F.C, et al. **Transtorno de Pânico – Teoria e Clínica**. Cap.1 **História**. Editora Artmed, 2013.

D'EL REY G. J. F & PACINI C. A. **Terapia Cognitivo-Comportamental da Fobia Social: Modelos e Técnicas**. Scielo: Dossiê - Psicologia e Saúde • Psicol. Estud. 11 (2). 2006.

D'EL Rey, G. J. F., & PACINI, C. A. **Tratamento da fobia social circunscrita por exposição ao vivo e reestruturação cognitiva**. São Paulo: Revista de Psiquiatria Clínica. 2005.

GUSMAO et al. **Contribuições da terapia cognitivo-comportamental para o tratamento da fobia social**. Rev. bras.ter. cogn., Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 118-125, dez. 2013.

GRESHAM, F. M. **Análise do comportamento aplicada às habilidades sociais**. 2009. Em A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Orgs.). **Psicologia das habilidades sociais: Diversidade teórica e suas implicações**. Petrópolis: Vozes. 2009.

HOPE, D. A et. al. **Terapia Cognitivo-Comportamental para Ansiedade Social**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ITO, L. M et. al. **Terapia cognitivo-comportamental da fobia social**. Brazilian Journal of Psychiatry [online]. 2008, v. 30, suppl 2.

LEAL K.B.B. et. al. **A Terapia Cognitivo-Comportamental e o Treino de Habilidades Sociais do Tratamento da Fobia Social**. UNIME, Itabuna-BA. 2011.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

D'AVILA et al. **Processo patológico do transtorno de ansiedade segundo a literatura digital disponível em português - revisão integrativa.** Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande , v. 12, n. 2, p. 155-168, jun. 2020.

SILLAMY, N. **Dicionário de Psicologia Larrousse.** Porto Alegre: Artmed, 1998.

WILLHELM, A. R., et. al. **Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade.** Contextos Clínic., São Leopoldo, v. 8, n. 1, p. 79-86, jun. 2015.