



Centro de Estudos em Terapia
Cognitivo-Comportamental

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

RUTE BARBOSA DE MEDEIROS

**TREINO DE HABILIDADES SOCIAIS COMO
MÉTODO DE INTERVENÇÃO DA TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO
TRATAMENTO DA FOBIA SOCIAL**

**SÃO PAULO
2016**

RUTE BARBOSA DE MEDEIROS

**TREINO DE HABILIDADES SOCIAIS COMO
MÉTODO DE INTERVENÇÃO DA TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO
TRATAMENTO DA FOBIA SOCIAL**

**Trabalho de conclusão de curso de Especialização
Área de concentração: Terapia Cognitivo-Comportamental
Orientador: Prof.^a Dra. Renata Trigueirinho Alarcon
Coorientador: Profa. Msc. Eliana Melcher Martins**

**SÃO PAULO
2016**

Medeiros, Rute Barbosa

Treino de Habilidades Sociais como Método de Intervenção da Terapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento da Fobia Social.

Rute Barbosa de Medeiros, Renata Trigueirinho Alarcon – São Paulo, 2016
37 FIs + CD-ROM

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) - Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC) 2016.

Orientação: Prof.^a Dra. Renata Trigueirinho Alarcon

1. Treino de Habilidades Sociais, 2. Terapia Cognitivo-Comportamental,
3. Fobia Social. I. Medeiros, Rute Barbosa. II. Alarcon, Renata Trigueirinho

Rute Barbosa de Medeiros

Treino de Habilidades Sociais como método de intervenção da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento da Fobia Social.

Monografia apresentada ao Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental como parte das exigências para obtenção do título de Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental.

BANCA EXAMINADORA

Parecer: _____

Prof. : _____

Parecer: _____

Prof.: _____

São Paulo, ____ de _____ de _____

"A competência social é um atributo avaliativo de desempenho social, baseado na funcionalidade e na coerência com os pensamentos e sentimentos do indivíduo. Deve-se considerar que, em muitos casos, a pessoa possui as habilidades em seu repertório, mas não as utiliza em determinadas situações por diversas razões, entre as quais estão: ansiedade, crenças errôneas e dificuldade de leitura dos sinais do ambiente."

(Del Prette e Del Prette, 2001 apud Roca, Polisel, Mattos e Silva, 2010; p.184)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar que me concedeu a vida, e a oportunidade da realização desse trabalho, mesmo diante de tantas dificuldades e adversidades.

Ao Centro de Terapia Cognitivo-Comportamental que proporcionou durante o curso a possibilidade de aquisição de conhecimento.

Ao meu marido e ao meu filho que compreenderam meu desejo de ampliar meus horizontes e aceitaram minha ausência durante o período do curso.

RESUMO

No âmbito social, o desempenho das habilidades sociais em geral é considerado fundamental para o desenvolvimento do funcionamento do indivíduo, ou seja, a emissão de comportamentos esperados, valorizados e efetivos de uma pessoa em sua relação com os demais. Tal fato contribui na maximização de ganhos e na minimização de perdas para si e para aqueles com quem interage. A falta dessas habilidades sociais dificulta o funcionamento social do indivíduo, principalmente nos quadros clínicos de fobia social. Objetivou-se, portanto, no presente trabalho, por meio de uma pesquisa bibliográfica, verificar como o treino de habilidades sociais, como método de intervenção da Terapia Cognitivo-Comportamental pode auxiliar no tratamento da fobia social. Discutindo o problema, por meio de uma análise interpretativa, considerou-se que o treino de habilidades sociais pode ser efetivo no tratamento da fobia social, porque proporciona não somente a identificação dos déficits das habilidades sociais, mas, também a aquisição deles, por meio de programas de treinamento. Embora, ainda exista a necessidade de se dimensionar melhor esse método de tratamento aplicado aos quadros fóbicos sociais, foi evidenciado que o treino de habilidades sociais associada à Terapia Cognitivo-Comportamental, pode ser um dos melhores tratamentos de escolha para pacientes psiquiátricos com diagnóstico de fobia social. Além disso, foi possível considerar também que o treino de habilidades sociais em seu âmbito científico favorece o bom funcionamento social, físico e psicológico do indivíduo, considerando o resgate do ser humano para dimensioná-lo num contexto maior de sentido e significado.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental, Habilidades Sociais, Transtorno de Ansiedade Social, Fobia Social.

ABSTRACT

In the social sphere, the performance of social skills in general is considered critical to the development of the individual's functioning, ie the issue of expected behaviors, valued and effective of a person in their relationship with others. This fact contributes to maximizing gains and minimizing losses to themselves and those with whom they interact. The lack of these social skills hinders the social functioning of the individual, especially in clinical cases of social phobia. The objective is, therefore, in this paper, through a literature search, check how the social skills training, as an intervention method of cognitive-behavioral therapy can help in the treatment of social phobia. Discussing the problem through an interpretive analysis, it was found that the social skills training can be effective in treating social phobia, because it provides not only the identification of social skills deficits, but also their acquisition by means training programs. Although, there is still the need for a better sense of this method of treatment applied to social phobics frames, it was shown that the training of social skills associated with cognitive-behavioral therapy, can be one of the best treatments of choice for psychiatric patients with phobia social. In addition, you can also consider the social skills training in its scientific context favors the good social, physical and psychological of the individual, considering the rescue of the human being to scale it in a larger context of meaning and significance.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Socais Skills, Social Anxiety Disorder, Social Phobia.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Respiração Diafragmática

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição de cada uma das sessões de relaxamento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVO GERAL.....	13
3 METODOLOGIA	14
4 RESULTADOS.....	15
4.1 Caracterização da ansiedade social	15
4.2 Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)	17
4.2.1 Técnicas da TCC aplicadas na FS.....	19
4.3 Treino de Habilidades Sociais (THS) como método de intervenção no TAS ...	22
5 DISCUSSÃO	27
6 CONCLUSÃO	31
7 REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo discorrer sobre o tema Treino de habilidades sociais como método de intervenção da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da fobia social.

A crescente complexidade das demandas sociais exige das pessoas habilidades sociais cada vez mais elaboradas, seja no âmbito profissional quanto no pessoal. Tal fato pode acarretar o medo persistente e intenso em pessoas que apresentam o Transtorno de Ansiedade Social (TAS), ou fobia social, que é um transtorno psiquiátrico grave que produz sofrimento e perdas significativas de oportunidades para o seu portador (MULULO *et al.*, 2009).

Conforme o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais – DSM-5 (2014) os indivíduos com fobia social manifestam um medo excessivo, constante e incongruente de serem vistos, agindo de forma humilhante ou embaraçosa pela manifestação da ansiedade ou de comportamento inadequado e conseqüentemente a reprovação por parte dos outros.

Portadores de TAS apresentam evitação fóbica frente às situações sociais, manifestam limitações na vida profissional, acadêmica, social ou sexual. Esses apontamentos interferem no desenvolvimento humano, ou seja, são eventos negativos que podem trazer problemas físicos, sociais e emocionais (D'EL REY, PANCINI, 2006).

O TAS produz medo social principalmente em situações de desempenho, como falar em público, compromissos sociais, interações sociais do dia a dia (ir a uma festa, entrevista de emprego). Sentimentos de inferioridade, avaliação negativa de si mesma e dificuldade de assertividade são características de indivíduos diagnosticados como fóbicas sociais (MULULO *et al.*, 2009).

Há uma classificação dos fóbicos sociais, que é dividida em dois subtipos; generalizado, que se relaciona ao medo da maioria das situações sociais e de desempenho; e circunscrito, específico, ou não generalizado, o qual pode ser caracterizado pelo medo de uma única situação pública de desempenho ou um pequeno número de situações de interação social. Os indivíduos que possuem o subtipo generalizado estão mais propensos a apresenta “déficits nas habilidades sociais e a ter grave prejuízo social” (CORDIOLI, 2008).

A falta de tratamento promove a cronicidade do TAS, conseqüentemente o prejuízo funcional e ocupacional do paciente. O motivo da dificuldade de diagnóstico pode estar em sua comorbidade com outras psicopatologias, visto que o TAS apresenta índice significativo de comorbidade com transtornos de humor, outros transtornos de ansiedade, uso abusivo de substâncias, transtornos alimentares, entre outros. Neste sentido, deve se salientar a necessidade do diagnóstico do transtorno de ansiedade social, pois, difere pela gravidade, persistência, sofrimento e prejuízo associado às situações de desempenho (MULULO *et al.*, 2009).

Segundo Ito *et al.* (2008), o tratamento psicoterapêutico da fobia social é essencial e deve estar sempre incluso no tratamento. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) denominada assim porque constitui uma integração de conceitos e técnicas cognitivas e comportamentais, têm sido desenvolvidos muitos trabalhos de pesquisa a fim de se verificar experimentalmente a eficácia dos diversos tipos de tratamento das fobias.

A Terapia Cognitiva Comportamental, criada por Aaron Beck na década de 60, consiste em uma abordagem diretiva, objetiva, focada no aqui-agora, de tempo limitado e baseada no método científico. Adota o modelo biopsicossocial e considera a influência de fatores psicológicos, ambientais, biológicos e sociais como fundamentais para o entendimento do comportamento humano. De acordo com a TCC, os transtornos psicológicos decorrem de um modo distorcido ou disfuncional de perceber os acontecimentos, influenciando o afeto e o comportamento. No entanto, é relevante ressaltar que isso não significa que os pensamentos causam os problemas emocionais, mas sim que modulam e mantêm as emoções disfuncionais, independente de suas origens. A maneira como um indivíduo interpreta situações específicas (e não as situações em si) influencia seus sentimentos, motivações e ações. Portanto, o foco do modelo cognitivo está na interação entre pensamentos, sentimentos e comportamentos. O objetivo fundamental desta terapia é a mudança do comportamento do indivíduo através da modificação de seus pensamentos (KNAPP, 2007).

O ponto de partida do tratamento é a fonte de sofrimento do cliente, ou seja, a partir das distorções que estão ocorrendo na forma do sujeito avaliar a si mesmo e ao mundo. Denominam-se “esquemas” a base para a avaliação das experiências. O terapeuta desenvolve sempre de forma colaborativa uma conceitualização cognitiva do paciente, mas, no decorrer à medida que novos dados são trazidos, essa

conceitualização é modificada para que um novo plano de tratamento seja feito, já que ele guia as intervenções terapêuticas. (KNAPP; BECK, 2008).

Uma série de técnicas diferentes pode ser usada, dependendo do perfil cognitivo do transtorno, fase da terapia e conceitualização cognitiva específica de um determinado caso. As técnicas têm por objetivo influenciar o pensamento, o comportamento, o humor e a estimulação fisiológica. Técnicas comportamentais podem ser usadas e quando o paciente não necessita primariamente de ativação comportamental, procedimentos mais puramente orientados à cognição podem ser aplicados. Como por exemplo, identificação, questionamento socrático e correção de pensamentos automáticos, reestruturação cognitiva, procedimentos de imagens mentais, exposição imaginária. Pode-se encontrar como técnicas comportamentais o agendamento de atividades, registro diário de pensamentos disfuncionais, avaliações de prazer e habilidade, tarefas de casa, role-plays, treinamento de habilidades sociais, técnicas de solução de problemas. Pode-se incluir também relaxamento e mindfulness, dentre outras (KNAPP, 2007). Dentre eles, a área de estudos e de aplicação das habilidades sociais tem se desenvolvido cada vez mais nos últimos anos, no cenário internacional, assim como em nosso contexto. A meta essencial é proporcionar ao paciente uma variedade de comportamentos sociais mais adaptativos, considerando suas características e ampliando seu repertório social no grupo em que está inserido (CABALLO, 2012).

As habilidades sociais podem ser definidas como diferentes classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo para lidar de maneira adequada com as demandas das situações interpessoais. Tal conceito abrange o aspecto descritivo dos comportamentos verbais e não verbais apresentados pelo indivíduo diante das diferentes demandas. Uma demanda é entendida aqui como a ocasião diante da qual se espera um determinado desempenho social em relação a uma ou mais pessoas. Entendendo desempenho social de acordo com D'elPrette & D'el Prette (2001) como a emissão de um comportamento ou sequência de comportamento em uma situação qualquer. Já o desempenho socialmente competente é aquele que, expressa uma leitura apropriada do ambiente social, que decodifica corretamente os desempenhos esperados, valorizados e efetivos para o indivíduo em sua relação com os demais. Contribuindo na maximização de ganhos e na minimização de perdas para si e para aqueles com quem interage.

Os déficits de habilidades sociais dificultam o funcionamento social do indivíduo e sua capacidade adaptativa e segundo os autores Angélico *et al* (2006) os déficits das habilidades sociais podem ser considerados como preditores do desenvolvimento da fobia social.

O treinamento em habilidades sociais constitui um procedimento básico de tratamento, porém, ao investigarmos mais o porquê as pessoas buscam ajuda psicológica, concluiremos que, em maior ou menor grau, a resposta estará atrelada as suas relações sociais (CABALLO, 2012).

Dessa forma, vale ressaltar que a fobia social é um dos mais prevalentes transtornos psicológicos na população geral. Seu correto diagnóstico e encaminhamento para tratamento adequado minimizam, se não todos, pelo menos os principais efeitos negativos que esta grave condição de saúde mental impõe a seus portadores.

2 OBJETIVO GERAL

O objetivo desse trabalho foi verificar, por meio de uma pesquisa bibliográfica, como o Treino de Habilidades Sociais, como método de intervenção da Terapia Cognitivo-Comportamental, pode auxiliar no tratamento da Fobia Social.

3 METODOLOGIA

De acordo com o objetivo geral desse trabalho, o mesmo apresentou o delineamento de uma pesquisa bibliográfica exploratória com paradigma qualitativo. De acordo com Severino (2007), a pesquisa exploratória busca levantar informações a respeito de um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto quanto aos objetivos.

A pesquisa bibliográfica é realizada a partir do registro disponível de pesquisas anteriores, os textos impressos como livros, artigos, tornam-se fonte do tema a ser pesquisado, dessa forma o pesquisador trabalha a partir das contribuições dos autores dos estudos constantes nos textos (SEVERINO, 2007).

Foi realizada uma revisão sistemática e crítica de literaturas especializadas publicadas a respeito do Treino de Habilidades Sociais, Terapia Cognitivo-Comportamental e Transtornos de Ansiedade Social ou fobia social. Como recursos, foram considerados referenciais bibliográficos como livros, artigos científicos e periódicos disponibilizados de forma impressa e virtualmente a partir do ano 2000 até presente ano.

No presente trabalho de conclusão de curso foram excluídos todos os livros e artigos que não apresentaram cientificidade, uma vez relacionados ao tema proposto.

Quanto aos procedimentos, uma vez que este trabalho realizou-se como uma pesquisa teórica exploratória bibliográfica, os referenciais acima descritos foram buscados em bibliotecas acadêmicas, considerando a biblioteca da Universidade de São Paulo/ Faculdade de Saúde Pública e também foram utilizados referenciais disponíveis em bibliotecas virtuais idôneas como Lilacs, Pub Med., Bireme, Scielo. Para a busca dos artigos eletrônicos, foram utilizadas palavras como: Terapia Cognitivo-Comportamental, Habilidades Sociais, Transtorno de Ansiedade Social, Fobia Social. Termos em inglês como: *Cognitive-Behavioral Therapy, Social Skills, Social Anxiety Disorder*

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização da ansiedade social

Não há dúvidas de que os índices de ansiedade aumentaram consideravelmente nos últimos 50 anos. Embora possamos ter evoluído em determinadas situações como, por exemplo, viver mais tempo, melhor tratamento médico, redução da mortalidade infantil, casas maiores, mais confortáveis, e aparelhos que facilitam nossas vidas. Mesmo, diante de tais situações transformamo-nos em uma sociedade de pessoas nervosas. Além dos fatores do conforto material e da segurança, pode se assegurar que o nível de “conexão social” colabora para tal constatação. As interações sociais passaram a ser menos estáveis e previsíveis. Entender o modo como a ansiedade opera no cérebro e a natureza dos padrões comportamentais que ela gera, pode ajudar a entender o papel que a ansiedade desempenha em nossas vidas (LEAHY, 2011).

Pode-se entender ansiedade como um sentimento vago e desagradável representado por medo, apreensão, tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho. Quando os sentimentos de ansiedade e medo apresentam-se de forma exagerada, desproporcional em relação ao estímulo, fica-se caracterizado como patológico porque causam interferência na qualidade de vida, no equilíbrio emocional e no desempenho do indivíduo. Para diferenciar ansiedade normal de ansiedade patológica observa-se, se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento ou não (CASTILLO *et al.*, 2000)

Conforme o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais – DSM-5 (2014), os transtornos de ansiedade apresentam características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Sendo o medo resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam. O medo com mais frequência é associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais

frequentemente associada à tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquivas. Os transtornos de ansiedade se diferem do medo ou da ansiedade adaptativos provisórios, por serem persistentes induzidos por estresse (p. ex., em geral durando seis meses ou mais), com a possibilidade de algum grau de flexibilidade, porque indivíduos com transtornos de ansiedade em geral superestimam o perigo nas situações que temem ou evitam, a determinação primária do quanto o medo ou ansiedade são excessivos ou fora de proporção é feita pelo clínico, levando em conta fatores contextuais culturais. Cada transtorno de ansiedade é diagnosticado somente quando os sintomas não são consequência dos efeitos fisiológicos do uso de uma substância/medicamento ou de outra condição médica ou não são mais bem explicados por outro transtorno mental.

No TAS, o indivíduo é temeroso, ansioso ou se esquivas de interações e situações sociais que envolvem a possibilidade de ser avaliado. Situações sociais como encontrar-se com pessoas que não são familiares, situações em que o indivíduo pode ser observado comendo ou bebendo e situações de desempenho diante de outras pessoas. A ideação cognitiva associada é a de ser avaliado negativamente pelos demais, ficar embaraçado, ser humilhado ou rejeitado ou ofender os outros. Para leigos esse tipo de comportamento pode ser confundido com a timidez, mas é um transtorno mental que traz extremo sofrimento e perdas de oportunidades para o indivíduo (DEL REY, PANCINI, 2006).

Por ser um grave problema de saúde, o TAS traz características incapacitantes para o seu portador como o medo de ser humilhado ou ridicularizado em situações sociais por apresentar atitudes inadequadas ou sintomas de ansiedade como palpitações, tensão muscular, boca seca, náusea, diarreia, dor de cabeça, tremor, rubor, sudorese excessiva e desatenção. O comportar-se em público pode ser ameaçador se for associada a um descontrole motor observável em comportamentos como beber, comer ou escrever, o que dificulta ou limita a interação social. Com isso, guardam mais facilmente lembranças negativas, fruto de situações sociais interpretadas de maneira distorcida (MULULO *et al.*, 2009; ITO, 2008)

As pessoas que sofrem de TAS apresentam de forma intrínseca a essa síndrome uma maneira de pensar que pode ser descrita como *foco em si mesmo excessivamente*, ou seja, tem uma imagem negativa de si, o que se torna a parte mais relevante de sua experiência. Portadores de TAS esperam que sua previsão do

fracasso social contribua para evitar que algo mal aconteça, porém elas também acreditam que sua ansiedade será fonte de incapacitação (LEAHY, 2011).

O tratamento cognitivo do TAS foca inicialmente na modificação de pensamentos mal adaptados que parecem contribuir para o comportamento de evitação social (CASTILO *et al.*, 2000). De acordo com Baptista *et al.* (2005), dois tipos de procedimentos que se designam por terapia comportamental e por terapia cognitiva demonstram ser eficazes na diminuição da ansiedade. Ou seja, a terapia comportamental proporciona a modificação dos comportamentos relacionados com o medo, a evitação ou a fuga e diminuição da ativação fisiológica. A terapia cognitiva tem como objetivo a alteração dos conteúdos e dos processos cognitivos relacionados com o medo, as interpretações catastróficas e a atenção. A aplicação associada dos dois procedimentos é nomeada de psicoterapia cognitivo-comportamental.

4.2 Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

Na década de 1960 o Dr. Beck que era psicanalista com formação completa e atuante, acreditava que para a psicanálise ser aceita pela comunidade médica precisaria ter demonstração de validação empírica. No entanto, no final da década de 1960 e início dos anos de 1970, Aaron T. Beck foi a primeira pessoa a desenvolver teorias e métodos para aplicar as intervenções cognitivas e comportamentais a transtornos emocionais. Ao contrário do que pretendia inicialmente o Dr. Beck, os resultados de seus experimentos levaram-no à busca de outras explicações para a depressão (WRIGHT, 2008; BECK, 2013).

A partir do momento, que o papel da cognição na depressão e na teoria foi citado pela primeira vez na literatura, houve um progresso contínuo no desenvolvimento da teoria e da teoria cognitiva, juntamente com os experimentos empíricos de ambas refinaram o modelo cognitivo (KNAPP, BECK, 2008).

A terapia cognitiva vem demonstrando eficácia em pesquisas científicas rigorosas. O termo “terapia cognitiva” é usado como sinônimo de “terapia cognitivo-comportamental”. Terapias estas que apresentam diversas aplicações no tratamento de problemas psiquiátricos. A natureza e a função dos aspectos cognitivos, ou seja,

o processamento de informação que é o ato de atribuir significado a algo é o objeto de estudo da teoria cognitiva (BAHLS, NAVOLAR, 2004; BECK, 2013).

Pode-se definir cognição como “a função que envolve deduções sobre nossas experiências e sobre a ocorrência e o controle de eventos futuros” ou ainda “...o processo de identificar e prever relações complexas entre eventos, de modo a facilitar a adaptação a ambientes passíveis de mudanças”. De acordo com a abordagem cognitiva de Beck, os pensamentos e avaliações negativas presentes em indivíduos com depressão, não são apenas sintomas, mas são mantenedores nos demais transtornos psiquiátricos, assim, o paciente é levado a identificar e alterar estes pensamentos disfuncionais (BECK, ALFORD, 2000; BAHLS, NAVOLAR, 2004).

A TCC apoia-se nas queixas apresentadas pelo paciente e o objetivo é ajudá-lo a aprender novas estratégias para atuar no ambiente de forma a promover mudanças necessárias. Sendo assim, a TCC é uma abordagem psicoterapêutica estruturada, de participação ativa entre terapeuta e cliente, baseia-se no modelo cognitivo (propõe que o pensamento disfuncional influencia o humor e o pensamento do paciente) e na utilização de técnicas específicas. O tratamento compreende uma conceitualização, ou compreensão, de cada paciente (suas crenças específicas e padrões de comportamentos). O que proporciona uma mudança cognitiva, ou seja, modificação no pensamento e no sistema de crenças do paciente para produzir uma mudança emocional e comportamental durada (ARAÚJO, SHINOHARA, 2002; BECK, 2013).

Podem-se identificar três níveis de cognição de acordo com Araújo, Shinohara (2002).

1. Os pensamentos automáticos, nível mais superficial e espontâneo que surge na mente diante de diversas situações do cotidiano;
2. As crenças intermediárias, onde conteúdos cognitivos aparecem sob a forma de regras e suposições;
3. Crenças centrais, nível mais profundo, que dizem respeito de si mesmo, dos outros e do mundo, que se formam a partir de experiências remotas da infância.

A partir do momento que o cliente passa a avaliar seu pensamento de forma mais realista e adaptativa, obtém-se uma melhora em seu estado emocional e no

comportamento. Deve-se ressaltar que a TCC pressupõe que as emoções, comportamentos e reações fisiológicas estão diretamente ligados à forma como a pessoa avalia suas experiências no mundo, ou seja, o modo como interpreta as situações será determinante em como irá se sentir afetiva e fisiologicamente e como irá se comportar (BECK, 2013; KNAPP, BECK, 2008).

A TCC é uma abordagem terapêutica empiricamente reconhecida e testada no TAS. Indivíduos com ansiedade percebem o mundo como um lugar perigoso, uma ameaça que exige constante vigilância. Os indivíduos com TAS precisam ser avaliados de acordo com a gravidade, grau de esquiva e da disponibilidade do paciente. A psicoeducação é de fundamental importância para que o paciente tenha o esclarecimento de todas as informações que necessite sobre o transtorno e o tratamento (ITO *et al.*, 2008).

Para que ocorra a mudança cognitiva que gera modificação de comportamento, diferentes técnicas são usadas, de acordo com o perfil cognitivo do transtorno, fase da terapia e conceitualização cognitiva de cada caso (MULULO *et al.*, 2009).

4.2.1 Técnicas da TCC aplicadas na FS

As técnicas de TCC têm como objetivo influenciar o pensamento, o comportamento, o humor e a estimulação fisiológica do paciente. Inclui reestruturação cognitiva, manejo de estresse e relaxamento, exposição, programação de tarefas de casa, treino de habilidades sociais (BECK, 2013).

Reestruturação cognitiva

Tem como objetivo ajudar o paciente a identificar os pensamentos automáticos disfuncionais, durante as sessões de terapia, assim, ensina-se a questionar as bases desses pensamentos à luz de evidências reais (questionamento socrático ou experimentos comportamentais). Ao questionar os pensamentos é possível determinar os tipos de erros lógicos associados. Os erros mais comuns na FS são: leitura mental (“ele me acha incompetente”); adivinhação ou catastrofização (“se eu tiver que assinar meu nome, não vou conseguir”); e personalização (“eles

não estão me dando atenção. Devo ter falado besteira”) (MULULO *et al.*, 2009); ITO *et al.*, 2008).

Manejo de estresse e relaxamento

As técnicas de estresse e relaxamento são utilizadas no tratamento da FS com o intuito de ensinar o paciente a controlar os sintomas fisiológicos da ansiedade. As técnicas são úteis para detectar os primeiros sinais de tensão muscular para logo assim descontraírem e também favorecem a percepção do autocontrole da ansiedade (D’El Rey, PACINI, 2006).

As mais utilizadas são a de Jacobson (Quadro 1) que orienta o paciente a observar cada grupo muscular de maneira a identificar a tensão e propiciar o relaxamento do mesmo. E a respiração diafragmática (Figura 1) que pode ser utilizada nos momentos de tensão e estresse. É o primeiro passo para restabelecer o equilíbrio e também para o relaxamento, desconstruindo o mecanismo de luta ou fuga causado pela respiração torácica (MULULO *et al.*, 2009).

Quadro 1. Descrição de cada uma das sessões de relaxamento

Sessões	Grupos musculares	Exercícios
1	Mão, antebraço e bíceps dominantes Mão, antebraço e bíceps não dominantes	Aperta-se o punho. Empurra-se o cotovelo contra o colchonete. Igual ao membro dominante.
2	Fronte e couro cabeludo Olhos e nariz	Levantam-se as sobrancelhas tão alto quanto possível. Apertam-se os olhos e ao mesmo tempo enrugam-se o nariz.
3	Boca e mandíbula Pescoço	Apertam-se os dentes enquanto se levam as comissuras da boca em direção às orelhas. Aperta-se a boca para fora. Abre-se a boca. Dobra-se (inclina-se) para a direita. Dobra-se para a esquerda. Dobra-se para adiante. Dobra-se para trás.
4	Ombros, peito e costas Estômago	Inspira-se profundamente, mantendo a respiração, ao mesmo tempo em que se levam os ombros para trás tentando juntar as omoplatas. Encolhe-se, contendo a respiração. Solta-se, contendo a respiração.
5	Perna e músculo direito Panturrilha Pé direito Perna, panturrilha e pé esquerdo	Tenta-se subir a perna com força sem tirar o pé do assento (ou chão). Dobra-se o pé para cima estirando os dedos, sem tirar o calcanhar do assento (ou chão). Estira-se a ponta do pé e dobram-se os dedos para dentro. Igual ao direito.
6	Sequência completa de músculos	Somente relaxamento.

Fonte: Vera e Vila (1996).

Figura 1. Respiração Diafragmática



Fonte: Google imagens (2016)

Exposição

A exposição às situações temidas reduz a ansiedade e o comportamento fóbico. Requer que o paciente imagine (exposição na imaginação ou dessensibilização sistemática) ou confronte realmente (exposição ao vivo) os estímulos temidos. Deve-se indentificar as situações que precisam ser classificadas hierarquicamente de acordo com o grau de ansiedade, começando com situações que causem menos ansiedade até as mais temidas. É feita de forma sistemática, por tempo prolongado até que a habituação ocorra. O processo é realizado até o paciente poder enfrentar todos os itens da hierarquia com significativa redução da ansiedade e do desconforto (D'El Rey, Pacini, 2006; MULULO et al, 2009).

Programação de tarefas de casa

Durante todo o tratamento, parte da sessão é utilizada para programar e averiguar as tarefas de casa. Estas devem ser praticadas diariamente, usando como modelo o que foi aprendido nas sessões (ITO *et al.*, 2008)

Treino de Habilidades Sociais (THS)

A principal característica do THS é proporcionar ao paciente um repertório amplo, necessárias para um bom relacionamento interpessoal por meio de modelação, ensaio comportamental, feedback de correção, reforço social e tarefas de casa. Essa técnica funciona diminuindo a passividade e a sensação de impotência ou raiva. As principais dificuldades apresentadas por pacientes com FS incluem: iniciar, estabelecer, manter e finalizar uma conversa; manter o foco e o interesse no assunto; tolerar silêncios; eleger temas e saber discorrer sobre o mesmo; mudar o assunto se necessário, estabelecer e manter amizades. A aplicação das técnicas de treinamento de habilidades sociais tem revelado ser eficaz tanto em pacientes com FS, quanto para os que não apresentam, pois ajudam a reduzir a ansiedade no confronto interpessoal (ITO *et al.*, 2008; MULULO *et al.*, 2009).

4.3 Treino de Habilidades Sociais (THS) como método de intervenção no TAS

O THS teve início na Inglaterra nos anos 1970 a partir dos estudos e publicações de Argyle, da Universidade de Oxford. Também recebeu contribuições da área de Treinamento Assertivo, em andamento na mesma época nos Estados Unidos e impulsionado por publicações de Wolpe. Assim, uma das técnicas da TCC mais utilizada tanto em atendimentos clínicos quanto no contexto organizacional é o THS, devido a sua eficácia. Dessa forma, nos processos de ajustamento social dos indivíduos, as HS em geral são consideradas essenciais (DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2001).

As pessoas enquanto seres sociais, a maior parte do seu tempo se interrelacionam com os demais e a sua qualidade de vida pode ser determinada também por suas HS. O termo HS abrange um conjunto de capacidades comportamentais aprendidas que envolvem as relações sociais. O termo pode ser definido como “diferentes classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo para lidar de maneira adequada com as demandas das situações interpessoais” (BOLSONI-SILVA, MARTURANO, 2002; DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2001).

O THS é um método sistemático que proporciona melhorar a competência social de diferentes populações em contextos sociais distintos. Apresenta como objetivo principal a modelação de comportamentos sociais específicos, que não se adequam as dificuldades interpessoais prévias. (VILA, DEL PRETTE, 2009).

As interações sociais podem ocorrer em diversos contextos, como, por exemplo, o familiar, o de lazer, o escolar e o profissional. E espera-se um determinado desempenho para cada contexto, mais para isso é necessário um amplo repertório de HS (CIA *et al.*, 2006).

As HS pode ser desenvolvidas naturalmente ao longo da vida, de uma forma individual e nos mais diferentes contextos. A infância é considerada como um dos períodos mais decisivos para o aprendizado e desenvolvimento dessas habilidades. Contudo, é provável que ocorram falhas neste processo de aprendizagem social, fazendo com que as pessoas apresentem déficits relevantes em HS (MAGALHÃES, MURTA, 2003).

Assim, é muito comum a expressão de queixas nos consultórios clínicos sobre as dificuldades nas relações interpessoais, ou seja, os déficits de HS que dificultam a capacidade adaptativa. Estudos evidenciam que indivíduos com FS apresentam repertório inferior de HS em comparação com indivíduos não clínicos. O déficit em HS parece comum entre os fóbicos sociais, conseqüentemente, cada vez mais as medidas desse repertório caracteriza-se elemento importante na avaliação clínica deste transtorno (ANGÉLICO; CRIPPA; LOUREIRO, 2012).

O THS é recomendado para o tratamento da FS, já que os fóbicos sociais em situações de exposição apresentam déficits de HS. A aquisição de novos repertórios facilita a modificação de crenças disfuncionais devido à redução de ansiedade no contato interpessoal (ABREU *et al.*, 2003).

Estudos apontam que portadores de TAS apresentam prejuízos na qualidade de vida, conseqüentemente demonstram insatisfação com a qualidade de vida e saúde, em decorrência da evitação fóbica frente às situações sociais. Os déficits de HS ocasiona limitação na vida profissional (escolha de trabalho menos qualificado), ou até a escolha de manter um relacionamento insatisfatório, por ter medo de conhecer novas pessoas. Em contrapartida, alguns autores afirmam que os fóbicos sociais possuem HS em seu repertório, mas a sua exposição fica prejudicada durante a manifestação de ansiedade (ANGÉLICO; CRIPPA; LOUREIRO, 2006).

Para suprir a falta de uma medida que avaliam as habilidades sociais, foram desenvolvidos diversos tipos de instrumentos de medida, tais como o desempenho de papéis em situações planejadas, as medidas baseadas em entrevistas, a observação de interações naturais do sujeito com pessoas de seu ambiente e os instrumentos de auto relato sob forma de escalas ou inventários de avaliação. Visando avaliar o repertório interpessoal que cobre um grande número de situações e comportamentos interpessoais, Z. A. P. Del Prette e Del Prette elaboraram e validaram o Inventário de Habilidades Sociais (IHS–Del-Prette) (ANGÉLICO; CRIPPA; LOUREIRO, 2012).

O IHS–Del-Prette foi construído a partir do levantamento das situações que são mais pertinentes ao conceito de HS e de pesquisas realizadas pelos autores Del Prette e Del Prette. O inventário é composto de 38 itens, cada um descrevendo uma situação de relação interpessoal e uma demanda de habilidade para reagir àquela situação. O respondente deve estimar a frequência com que reage da forma sugerida em cada item, considerando o total de vezes que se encontrou na situação descrita, e estimar a frequência de sua resposta em escala tipo Likert, com cinco pontos, variando de zero (nunca ou raramente) a quatro (sempre ou quase sempre). Em alguns itens há um fraseado “negativo”, ou seja, pontuação mais alta indica déficit de habilidades sociais, devendo-se, nestes, inverter a pontuação para a obtenção do escore (BANDEIRA *et al.*, 2000). O IHS-Del-Prette produz um escore geral, referenciado à norma em termos de percentis, e escores em cinco subescalas de habilidades sociais:

F1 - Enfrentamento e Autoafirmação com Risco;

F2 - Autoafirmação na Expressão de Sentimento Positivo;

F3 - Conversação e Desenvoltura Social,

F4 - Autoexposição a Desconhecidos e Situações Novas, e

F5 - Autocontrole da Agressividade

Resultados apontam que IHS–Del-Prette constitui uma ferramenta útil para avaliação dos déficits de desempenho das HS (ANGÉLICO; CRIPPA; LOUREIRO, 2012).

O estudo das HS De acordo com Leme *et al.* (2015), deve considerar três importantes dimensões:

- a) a pessoal (são os comportamentos da pessoa, seus pensamentos, sentimentos, aparato fisiológico e características demográficas);
- b) a situacional (incluem os contextos físicos onde as pessoas vivem, os papéis sociais e os padrões comportamentais que são valorizados e os que são coibidos e constrangidos);
- c) a cultural (são as normas e valores compartilhados por uma sociedade que define, delimita, valoriza e reprova comportamentos, dependendo do contexto em que são apresentados e dos interlocutores presentes nas relações).

Programas de THS são úteis para minimizar fatores de risco à saúde, incrementar fatores de proteção ao desenvolvimento humano, tratar problemas já instalados passíveis de remissão e reduzir o impacto de déficits graves em HS entre pessoas portadoras de condições crônicas. Comportamentos como de iniciar e finalizar conversas; pedir ajuda; fazer perguntas e pedidos; defender-se; expressar agrado e desagrado; pedir mudança no comportamento do outro; lidar com críticas e elogios, dentre outros englobam esse programa (PUREZA *et al.*, 2012).

Para o tratamento ansiedade/FS o componente do THS é estruturado para informar e/ou refinar as HS da pessoa e adequar a prática nas interações sociais. Esse componente é composto de três partes, como explica Caballo (2012):

- 1- Dar-se conta do ambiente social. Aqui, ensina-se ao indivíduo quando, como e onde iniciar e terminar as interações interpessoais.
- 2- Melhora das habilidades interpessoais. O indivíduo aprende os aspectos verbais e não-verbais das relações sociais adequadas, centrando-se em áreas problemáticas que são idiossincrásicas dos indivíduos com FS.
- 3- Melhora das habilidades para falar em público. Ensina-se aos participantes os elementos essenciais do falar em público, incluindo a construção do que há de dizer e sua apresentação.

Nesse sentido, Rocha, Bolsoni-Silva, Verdu (2012) salientam que as intervenções em pacientes com FS que demonstram eficácia é o THS. Diante do exposto, Cozby (2003) *apud* Bolsoni-Silva *et al.* (2009) citam um estudo feito com um grupo experimental com 100 participantes universitários de acordo com a literatura internacional, que atestam para a efetividade do THS, quanto a redução de ansiedade e fobia social. Em outro estudo, Magalhães e Murta (2003) *apud* Bolsoni-Silva *et al.* (2009) apresentam um grupo de 13 participantes, neste estudo as HS foram treinadas em 10 sessões, com orientações teóricas e técnicas cognitivas-comportamentais, como por exemplo, lidar com emoções, defender os próprios direitos, comunicar-se, falar em público, elogiar, lidar com críticas e manejo de raiva, embora não tenham utilizados tratamento estatístico, os resultados apontaram melhora nos déficits de HS.

Nessa perspectiva, Ferreira, Oliveira, Vandenberghe (2014) citam um estudo com 34 estudantes ou ex-estudantes de uma instituição de ensino superior, todos fizeram parte do grupo de desenvolvimento de habilidades para comunicação interpessoal e em público. A finalidade do grupo era promover a aquisição de habilidades sociais, emocionais e cognitivas que proporcionassem a interação social no contexto acadêmico, bem como o controle da ansiedade em situações de exposição em público. O resultado estatístico foi significativo a curto, médio e longo prazo, em relação ao aumento dos escores de HS e uma diminuição dos níveis de ansiedade. Sendo assim, a prática de THS pode ser considerada uma prática baseado em evidência. Por fim, a ansiedade pode ser um traço benéfico da vida social, já que é algo comum a maioria das pessoas, pois encoraja o indivíduo a ir em busca das interações sociais e o encoraja a buscar estimulação social. Todavia, em suas manifestações clínicas, a FS é desagradável e destrutiva; causando transtornos contínuos e incessantes, e tem como resultado a evitação social e uma fria e solitária existência (CABALLO, 2012).

Diante desse aspecto o THS não tem apenas como característica instalar novas HS no repertório comportamental dos indivíduos que apresentam déficits, mas também proporciona o desempenho social deles nas relações interpessoais. Da mesma forma, o THS reduz a ansiedade, não apenas para indivíduos fóbicos, por meio de técnicas apropriadas e específicas para tal.

5 DISCUSSÃO

A comunicação interpessoal é algo indispensável no nosso dia a dia. A interação social possibilita conquistas nos âmbitos familiares, acadêmicos e de trabalho. Em contra partida indivíduos que apresentam déficits nessas áreas não são felizes na vida em geral. O que era para ser prazeroso se torna um tormento.

A falta de HS pode ser manifestada por fatores como, por exemplo, medo de ser ridicularizado, pensamentos negativos e ansiedade. O que pode gerar limitações na vida do indivíduo. Essa limitação traz intenso sofrimento principalmente àquelas pessoas acometidas por FS.

Nesse aspecto, ao se pensar na promoção da saúde mental, programas para o desenvolvimento de HS têm sido desenvolvidos. Sendo assim, as HS são reconhecidas como fator de proteção no curso do desenvolvimento humano (MURTA, 2005).

Frente ao exposto, Angélico, Crippa, Loureiro (2006) afirmam que diante dos resultados apresentados por estudos, o THS tendo sua aplicabilidade no contexto clínico, demonstra ser um dos melhores tratamentos de escolha para pacientes psiquiátricos com diagnósticos de FS. Mas, ressalta que para um melhor delineamento para testar a eficácia do THS em pacientes com FS, essa modalidade terapêutica deveria ser aplicada sozinha, ou seja, uma abordagem única de tratamento.

Muitas dúvidas ainda são levantadas sobre a associação do déficit de HS e a FS. Dessa forma, o correto diagnóstico e encaminhamento para o tratamento adequado minimizam senão todos, pelo menos os principais efeitos negativos que esta grave condição de saúde mental impõe aos seus portadores.

Assim, Levitan, Rangé, Nardi (2008) questionam se indivíduos ansiosos socialmente sofrem de déficit em HS, porque a relação entre esse déficit e a ansiedade social ainda não está bem explicada. Porém, acrescentam que resultados mais conclusivos sobre a associação mencionada acima, possam ser de suma importância para a elaboração de protocolos de tratamento. Assim, a identificação de déficit em HS em pacientes com FS poderá apresentar resultados satisfatórios com o THS.

Através de uma extensa análise comportamental é possível identificar déficits em HS, dessa forma, durante o tratamento avaliações são feitas para identificar se o comportamento do indivíduo se modificou e até mesmo como o paciente avalia seu próprio progresso. A implementação e o planejamento da avaliação de programas de THS são importantes.

Dessa forma as avaliações de programas podem ser realizadas em quatro fases: (a) antes do tratamento (avaliação de necessidades), (b) durante o tratamento (avaliação de processo), (c) depois do tratamento (avaliação de resultados) e (d) no período de acompanhamento (avaliação de follow-up) (MAGALHÃES; MURTA, 2003).

Diversos tipos de instrumentos de medida para a avaliação das HS foram desenvolvidos, como por exemplo, o desempenho de papéis em situações planejadas, as medidas baseadas em entrevistas, a observação de interações naturais do sujeito com pessoas de seu ambiente e os instrumentos de auto relato sob forma de escalas ou inventários de avaliação, dentre eles o Inventário de Habilidades Sociais (IHS) (BANDEIRA *et al.*, 2000; OLIVARES *et al.*, 2010; OSÓRIO; CRIPPA; LOUREIRO, 2006)..

Na tentativa de demonstrar e verificar as manifestações comportamentais do TAS, de acordo com os autores Angélico, Crippa, loureiro (2012), o IHS-Del –Prette apresenta uma boa validade e pode ser considerado uma ferramenta apropriada na investigação das dificuldades ou déficits interpessoais que os pacientes com TAS apresentam, tornando-se assim uma ferramenta essencial para a caracterização do quadro diagnóstico. Os mesmos autores afirmam em sua pesquisa a evidência da validade discriminativa e preditiva no diagnóstico deste transtorno.

Estudos apontam que o THS pode ser considerado útil para a aquisição de HS no repertório do indivíduo, porém, é importante ressaltar a necessidade de estudos futuros, para que possam combinar outras medidas de avaliação, como a observação, grupo de controle e seguimento. Embora, o THS sempre traga resultados positivos, essa intervenção não supre todas as dificuldades dos indivíduos (BOLSONI-SILVA *et al.*, 2009).

Embora careçam de mais rigor científico, o THS demonstram ser efetivos. O rigor científico exigido em estudos e pesquisas pode entrar em conflito com a prática real. Os resultados podem ser os mesmos, desde que, sejam mantidas as mesmas condições em novos *settings*. Ou seja, se adequar a demandas como, por exemplo,

as necessidades dos usuários; condições limitadoras da prática; características da população; do ambiente e do momento; e o *feedback* dos participantes. O THS pode ser aplicado na modalidade individual ou grupal no tratamento para pessoas que apresentam TAS (FERREIRA; OLIVEIRA; VANDENBERGHE, 2014).

Nesse aspecto, os estudos de Rocha, Bolsoni-Silva, Verdu (2012) apontaram rejeição por parte de seus participantes no tratamento em grupo, pois foi considerado aversivo, fato que proporcionou adesão dos participantes para a intervenção individual. Sendo assim, foram possíveis ensaios mais extensos e com repetição, favorecendo a atuação do terapeuta para modelar habilidades específicas. Em contra partida ocasionou certas limitações, como menor diversidade de ensaio comportamental, pela ausência de pessoas; apresentou um número menor de situações problemas, menor discussão com pessoas que compartilham o mesmo problema. Dessa forma, o atendimento individual foi benéfico para a adesão e discussão aprofundada dos problemas apresentados pelo indivíduo participante.

De um modo geral, a modalidade de psicoterapia grupal, segundo a literatura, proporciona certo nível de ansiedade social, porém, ao longo do tratamento, os participantes passam a aceitar, confiar e de forma progressiva, revelam suas intimidades e sentimentos (PUREZA *et al.*, 2012). Complementando a ideia, Mululo *et al.* (2009) dizem que existem lacunas a serem discutidas no tratamento, ou seja, novos ensaios clínicos com protocolos de intervenção menos heterogêneos, são importantes para a compreensão desse cenário. Mas, é importante ressaltar que a TCC não se reduz às suas técnicas, porém, é por meio delas que se pode examinar cuidadosamente como o transtorno prejudica cada indivíduo, a fim de ampliar nosso entendimento acerca do seu modo de pensar, sentir e agir. No entanto, independentemente da modalidade de atendimento individual ou grupal a Terapia Cognitiva associada ao THS foi eficaz para o tratamento da FS (ROCHA; BOLSONI-SILVA; VERDU, 2012).

Deve-se ainda explicar que o transtorno leva o portador a evitação da interação social, isolamento, limitações típicas da condição e incapacidade no decorrer de sua vida devido à cronicidade (porque não tem perspectiva de melhora). Na direção contrária estudos na área de THS têm apontado que indivíduos que apresentam desempenho social adequado desenvolvem relações interpessoais e profissionais mais produtivas, satisfatórias e duradouras, também apresentam bom funcionamento da saúde física, mental e psicológica.

Dessa maneira o reconhecimento de prejuízos em HS nos portadores de FS, e o início imediato do tratamento minimizará o sofrimento do indivíduo. Assim, o THS produzirá os melhores resultados e por esse motivo pode se ser entendido como tratamento padrão para esse quadro (LEVITAN; RANGÉ; NARDI, 2008; PORTO, 2005).

6 CONCLUSÃO

Devido às exigências em relação às interações sociais e interpessoais, que podem provocar ansiedade e comportamentos inadequados, indivíduos portadores de FS acabam se comportando de forma humilhante e constrangedora. Tal situação ocasiona a paralização do indivíduo diante dos outros, limitação das atividades e até a condenação à solidão. Diante de tal constatação deve-se ressaltar que a aquisição das HS é imprescindível para garantir a generalização dos comportamentos socialmente habilidosos para diversas situações sociais.

Para esse objetivo os programas de THS que são utilizados como ferramenta de intervenção na TCC, demonstra eficácia na superação das consequências desastrosas dos comportamentos emitidos por indivíduos que apresentam déficits em HS. Dessa forma, os portadores de FS alcançam relações baseadas no respeito aos direitos e na convivência humana mais harmoniosa.

Sem a pretensão de esgotar o tema, procurou-se, com uma criteriosa seleção de artigos e autores que se dedicam a essa temática, explorar suas valiosas contribuições no que tangeu à questão em foco. Espera-se que novas pesquisas sejam realizadas de modo a ampliar o debate a respeito desse tema.

Por fim, pode-se falar da relevância em realizar esse trabalho de conclusão de curso, que possibilitou à autora a ampliação de conhecimento no tema desenvolvido.

Compreendeu-se então, que o desafio não está somente em encontrar instrumentos ou métodos específicos e adequados no THS, mas também perceber a importância dessa intervenção na detecção de problemas psicológicos e, na construção de programas que possam se alinhar aos esforços de novas realidades culturais, que proporcionem o desenvolvimento socioemocional, comportamentos e sentimentos desejáveis de empatia e solidariedade, que apontem para a qualidade de vida de todos.

7 REFERÊNCIAS

ABREU, C. N. *et al.* **Psicoterapias cognitiva e construtivista: novas fronteiras da prática clínica** [recurso eletrônico]/ Cristiano Nabuco de Abreu... [et al]. Dados eletrônicos- Porto Alegre: Artmed: 2012.

ANGÉLICO, A. P.; CRIPPA, J. A. S.; LOUREIRO, S. R. **Fobia Social e Habilidades Sociais: uma revisão da literatura. Interação em Psicologia**, 2006, 10 (1); p 113-125. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/view/5738/4175>. Acesso 15 de fev. 2016.

ANGÉLICO, A. P.; CRIPPA, J. A. S.; LOUREIRO, S. R. **Utilização do Inventário de Habilidades Sociais no Diagnóstico do Transtorno de Ansiedade Social. Psicologia: Reflexão e Crítica**, 25 (3), 467-476. (2012) Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/39048/S0102-79722012000300006.pdf?sequence=1>

ARAÚJO, C. F. ; SHINOHARA, H. **Avaliação e diagnóstico em Terapia Cognitivo-Comportamental.** Interação em Psicologia , 2002, 6(1). Disponível em: revistas.ufpr.br/psicologia/article/viewFile/3191/2554. Acesso em 15 de Jun. 2016.

BANDEIRA, Marina *et al.* **Qualidades psicométricas do Inventário de Habilidades Sociais (IHS): estudo sobre a estabilidade temporal e a validade concomitante.** Estud. psicol. (Natal) v.5 n.2 Natal jul./dez. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2000000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 de Nov. 2015

BAHLS, S. C.; NAVOLAR, A. B. B. **Terapia Cognitivo-Comportamental: Conceitos e Pressupostos teóricos.** Revista Eletrônica de Psicologia n. 04 – Curitiba- jul. 2004. Disponível em: http://necpar.com.br/uploads/material/390terapia_cognitiva_bahls.pdf. Acesso em: 20 de Nov. 2015.

BAPTISTA, A.; CARVALHO, M.; LORY, F. **O medo, a ansiedade e as suas perturbações.** Psicologia v.19 n.1-2 Lisboa 2005. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492005000100013. Acesso em: Nov. 2015.

BECK. J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática** Judith S. Beck: tradução: Sandra Mallmann da Rosa: recisão técnica: PauloKnapp, Elisabeth Meyer. 2. ed. – Porto Alegre: 2013.

BECK, A. T. & ALFOR, B. A. **O poder integrador da teoria cognitiva**. Porto Alegre: Artes médicas, 2000.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. **Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais**. Estudos de Psicologia 2002, 7(2), 227-235. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v7n2/a04v07n2.pdf>. Acesso em: Maio 2016.

BOLSONI-SILVA, A. T. et al. **Avaliação de um treinamento de Habilidades Sociais (THS) com Universitários e Recém-Formados**. Interação em Psicologia, 2009, 13(2). P. 241-251. Disponível em: revistas.ufpr.br/psicologia/article/download/13597/11370. Acesso em: Maio 2016.

CABALLO, Vicente E. **Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais**. Tradução de Sandra M. Dolinsky; revisão científica Maria Luiza Marinho – São Paulo: Santos, 2012.

CABALLO, V. E. **Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais / Vicente E. Caballo**; 1 ed. [4.reimpr.] [tradução Sandra M. Dolinsky; revisão científica Maria Luiza Marinho] – São Paulo: Santos, 2012.

CASTILLO, A. R. G. et al. **Transtornos de Ansiedade**. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.22 s.2 São Paulo Dec. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600006. Acesso em: 10 de Maio 2016.

CIA, F. et al. **Habilidades sociais parentais e o relacionamento entre pais e filho**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 1, p. 73-81, jan./abr. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a09.pdf>

CORDIOLI, A. V. **Psicoterapias: abordagens atuais** [recurso eletrônico] – 3. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2008. D'EL REY, G. J. F.; PACINI, C. A. **Terapia cognitivo-comportamental da fobia social: modelos e técnicas**. Psicol. estud. vol.11 no.2 Maringá May/Aug. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000200005>. Acesso em: 20 de nov. 2015.

D'EL PRETTE, A & D'EL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

FERREIRA, V. S.; OLIVEIRA, M. A.; VANDENBERGHE, L. **Efeitos a curto e longo prazo de um grupo de desenvolvimento de habilidades sociais para universitários**. *Psic.: Teor. e Pesq.* vol.30 no.1 Brasília Jan./Mar. 2014.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722014000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 18 de Jun. de 2016.

ITO, Ligia M. *et al.* **Terapia cognitivo-comportamental da fobia social**. *Rev. Bras. Psiquiatr.* v.30 supl.2 São Paulo out. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 de nov. 2015.

LEAHY, R.L. **Livre de ansiedade**. Tradução: Vinícius Figueira; revisão técnica: Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras, Rodrigo Fernando Pereira. – Porto Alegre: Artmed. 2011.

LEME, V. B. R. *et al.* **Social skills and bioecological model of human development: analyze and perspectives**. *Psicol. Soc.* [online]. 2016, vol.28, n.1, pp.181-193. Epub Sep 15, 2015. ISSN 0102-7182. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015aop001>.

LEVITAN, M.; RANGÉ, B.; NARDI, A. E. **Habilidades sociais na agorafobia e fobia social**. *Psic.: Teor. e Pesq.* vol.24 no.1 Brasília Jan./Mar. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000100011. Acesso em: 21 de Maio 2016.

KNAPP, P. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 01-40.

KNAPP, P.; BECK, T. A. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da Terapia Cognitiva**. *Rev. Bras. Psiquiátrica*, 2008 <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a02v30s2.pdf> . Acesso em: 20 de nov. 2015.

MAGALHÃES, P .P.; MURTA S. G. **Treinamento de habilidades sociais em estudantes de psicologia: um estudo pré-experimental**. *Temas psicol.* vol.11 no.1 Ribeirão Preto jun. 2003. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2003000100004. Acesso em: 21 de Maio 2016.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS DSM-5 [*American Psychiatric association*; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento – et al.] – 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014

MURTA, S. G. **Aplicações do do treinamento em habilidades sociais: análise da produção nacional.** *Psicol. Reflex. Crit.* v.18 n.2 Porto Alegre maio/ago. 2005. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722005000200017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 21 de Maio 2016

MULULO, Sara Costa Cabral *et al* **Eficácia do tratamento cognitivo e/ou comportamental para o transtorno de ansiedade social.** *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* vol.31 no.3 Porto Alegre set./dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000300007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 de Nov. 2015.

MULULO, Sara Costa Cabral *et al*. **Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social.** *Rev. psiquiatr. clín.* vol.36 no.6 São Paulo 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000600002. Acesso em: 16 de Jul. 2016.

OLIVARES, J. *et al*. **The Social Phobia and Anxiety Inventory: First Results of the Reliability and Structural Validity in Chilean Adolescents.** *Univ. Psychol.* v.9 n.1 Bogotá jan./abr. 2010. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672010000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 16 Jul 2016.

OSÓRIO, F. L.; CRIPPA, J. A. S.; ÇOUREIRO, S. R. **Cross-cultural validation of the Brief Social Phobia Scale for use in Portuguese and the development of a structured interview guide.** *Rev. Bras. Psiquiatr.* v.28 n.3 São Paulo set. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000300014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 Jul. 2016.

PORTO, P. **Orientação de pais de crianças com fobia social.** *Rev. bras.ter. cogn.* v.1 n.1 Rio de Janeiro jun. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000100012. Acesso em: 15 Fev. de 2016.

PUREZA, J. R. *et al*. **Treinamento de habilidades sociais em universitários: uma proposta de intervenção.** Social skills training for college students: a intervention proposal. *Rev. bras.ter. cogn.* [online]. 2012, vol.8, n.1, pp. 2-9. ISSN 1808-5687. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1808-56872012000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 16 de Jul. 2016.

ROCHA, J. F.; BOLSONI-SILVA, A. T.; VERDU, A. C. M. A. **O uso do treino de habilidades sociais em pessoas com fobia social na terapia comportamental.** Perspectivas vol.3 no.1 São Paulo 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-35482012000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18de Jun. 2016.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico.** 23. ed., rev. e atualizada. São Paulo: Cortez, 2007.

VILA, E. M.; D'EL PRETTE, A. **Psicologia comportamental aplicada: avaliação e intervenção nas áreas do esporte, clínica, saúde e educação** . Relato de um programa de treinamento de habilidades sociais em grupo com professores de crianças com dificuldade de aprendizagem. (cap.4). / Silvia Regina de Souza e Verônica Bende Hayder (org). Londrina: Eduel, 2009.

WRIGHT, J. H. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado/** Jesse H. Wright, Monica R. Bosco, Michael E. Thase; tradução Mônica Giglio Armando – Dados eletrônicos – Porto Alegre: Artmed, 2008

ANEXO**Termo de Responsabilidade Autoral**

Eu **Rute Barbosa de Medeiros**, afirmo que o presente trabalho e suas devidas partes são de minha autoria e que fui devidamente informado da responsabilidade autoral sobre seu conteúdo.

Responsabilizo-me pela monografia apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Terapia Cognitivo Comportamental, sob o título "**Treino de Habilidades Sociais como método de intervenção da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento da Fobia Social**", isentando, mediante o presente termo, o Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC), meu orientador e coorientador de quaisquer ônus consequentes de ações atentatórias à "Propriedade Intelectual", por mim praticadas, assumindo, assim, as responsabilidades civis e criminais decorrentes das ações realizadas para a confecção da monografia.

São Paulo, ____ de _____ de 2016.

Rute Barbosa de Medeiros