



Centro de Estudos em Terapia
Cognitivo-Comportamental

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

VANESSA VEDOVATO MARQUES SANTOS

**TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL APLICADA NO
TRATAMENTO DA FOBIA SOCIAL**

SÃO PAULO

2016

VANESSA VEDOVATO MARQUES SANTOS

**TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL APLICADA NO
TRATAMENTO DA FOBIA SOCIAL**

Trabalho de conclusão de curso de especialização.

Área de concentração: Terapia cognitivo-comportamental

Orientadora: Prof^a. Dra. Renata Trigueirinho Alarcon

Coorientadora: Prof^a. Msc. Eliana Melcher Martins

SÃO PAULO

2016

Fica autorizada a reprodução e divulgação deste trabalho, desde que citada à fonte.

Santos, Vanessa V. M.

Terapia cognitivo comportamental aplicada no tratamento da fobia social.

Vanessa Vedovato Marques Santos, Renata Trigueirinho Alarcon - São Paulo, 2016.

31f. + CD-ROM

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

Orientação: Prof^a. Dra. Renata Trigueirinho Alarcon

Coorientador: Prof^a. Msc. Eliana Melcher Martins

1. Terapia cognitivo comportamental 2. Fobia social

Vanessa Vedovato Marques Santos

Terapia cognitivo comportamental aplicada no tratamento da fobia social.

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

BANCA EXAMINADORA

Parecer: _____

Prof^a. _____

Parecer: _____

Prof^a. _____

São Paulo, _____ de _____ de _____.

"Somos indivíduos livres e nossa liberdade nos condena a tomarmos decisões durante toda a nossa vida. Não existem valores ou regras eternas, a partir das quais podemos nos guiar. E isto torna mais importantes nossas decisões, nossas escolhas."

Sartre, Jean-Paul

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os professores e a minha orientadora Prof^a. Dra. Renata Trigueirinho Alarcon por toda dedicação, paciência, competência e por todo tempo dedicado em passar conhecimento ao longo destes dois anos e para a conclusão deste trabalho.

Agradeço a minha família e a meu namorado por todo carinho, apoio e compreensão que recebi especialmente neste período de grande importância para mim. Que com respeito souberam compreender e respeitar meus momentos de estudo sem nunca deixar de me incentivar.

Agradeço também a Deus que sempre esteve presente em minha vida, guiando meus passos e me fortalecendo a cada dia, impedindo que o cansaço atrapalha-se a conclusão de meus objetivos.

RESUMO

Dentro dos quadros de ansiedade encontramos o Transtorno de ansiedade social (TAS), também conhecido como Fobia social. É um transtorno que leva o indivíduo a evitar situações que envolvam a interação social, por medo de ser avaliado de forma negativa, causando diversos prejuízos físicos, emocionais e sociais, além do desenvolvimento de outras comorbidades. Este trabalho teve como objetivo conhecer mais a fundo a fobia social e descrever seu tratamento por meio da terapia cognitivo-comportamental uma abordagem psicoeducativa e focal, que utiliza de técnicas específicas para auxiliar o paciente a perceber suas distorções cognitivas que interferem no enfrentamento de suas dificuldades. A partir da revisão bibliográfica e dos artigos abordados destacamos as principais técnicas utilizadas para o tratamento da fobia social como: reestruturação cognitiva, exposição, relaxamento e treino de habilidades sociais que visam reduzir o nível de ansiedade e a sensação de incapacidade de forma significativa melhorando o desempenho social do indivíduo. No todo a partir dos estudos encontrados, percebe-se que a terapia cognitivo-comportamental tem sido considerada no momento uma das mais eficazes abordagens para o tratamento dos transtornos de ansiedade.

Palavras-chave: Terapia cognitivo comportamental, Fobia social, Ansiedade social.

ABSTRACT

Within the frames of anxiety we find social anxiety disorder (SAD), also known as social phobia. It is a disorder that causes an individual to avoid situations involving social interaction, for fear of being held in a negative way, causing many physical, emotional and social damage, and the development of other comorbidities. This study aimed to understand more deeply the social phobia and describe their treatment through cognitive-behavioral therapy a psychological and educational focal approach, which uses specific techniques to help the patient to realize their cognitive distortions that interfere in coping with their difficulties. From the literature review and discussed articles we highlight the main techniques used for the treatment of social phobia as: cognitive restructuring, exposure, relaxation and social skills training to reduce the level of anxiety and the feeling significantly inability improving the social performance of the individual. In all from the studies found, it is clear that cognitive-behavioral therapy It has been considered at the moment one of the most effective approaches to the treatment of anxiety disorder.

Key-words: Cognitive behavioral therapy, Social phobia, Social Anxiety.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 09 |
| 2. OBJETIVO..... | 12 |
| 3. METODOLOGIA..... | 13 |
| 4. RESULTADO..... | 14 |
| 4.1. Conhecendo a fobia social..... | 14 |
| 4.2. Terapia cognitivo comportamental (TCC)..... | 17 |
| 4.3. A TCC e suas técnicas..... | 20 |
| 5. DISCUSSÃO..... | 27 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 30 |
| REFERENCIAS..... | 31 |
| ANEXO..... | 34 |

1. INTRODUÇÃO

Vivemos em uma era onde os transtornos de ansiedade tem se intensificado significativamente ao longo dos últimos 50 anos. Com a evolução da economia, saúde, educação, segurança e mudanças de valores e hábitos de vida, percebemos a formação de uma nova geração de pessoas com dificuldade em lidar com os problemas do dia-a-dia (LEAHY, 2011).

Ao longo do ultimo século, passamos a vivenciar laços afetivos menos estáveis e previsíveis, os relacionamentos raramente são duradouros, as famílias perderam o hábito de se reunirem, a fonte de comunicação passou a ser mais virtual do que verbal, vivemos a era do “Ter”, onde o status tornou-se um fator importante e novos padrões sociais foram idealizados. Com isso nossas expectativas de sucesso e felicidade nos tornaram mais insatisfeitos, inseguros, estressados e distantes uns dos outros (LEAHY, 2011).

Com todas essas mudanças em nosso estilo de vida a ansiedade passou a representar um índice de casos maior do que a depressão, porém ainda não recebe a mesma atenção que a depressão (LEAHY, 2011).

Dentro dos quadros de ansiedade encontramos o Transtorno de ansiedade social (TAS), também conhecido como Fobia social. Segundo o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM V da American Psychiatric Association (2014, p.202-203), a “fobia social é caracterizada por medo acentuado de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo possa ser avaliado negativamente e/ou humilhado, constrangido ou rejeitado por outras pessoas.” O medo ou a ansiedade tornam-se desproporcionais levando o indivíduo a evitar situações que envolvam a interação social, como por exemplo: falar em público, interagir com estranhos ou pessoas do sexo oposto, utilizar o telefone, ou em situações mais graves se alimentar ou até mesmo utilizar banheiros públicos. Diante destas situações o indivíduo busca a todo custo evita-las, porém quando não é possível o mesmo as suporta com intenso sofrimento (DSM V, 2014).

A exposição à situação temida pode desencadear níveis elevados de ansiedade e ocasionar sintomas físicos como palpitação, sudorese, tremor, tensão

muscular, entre outros sintomas que aumentam o seu sofrimento e reforçam comportamentos evitativos (PEREIRA E LOURENÇO, 2012).

Para D'El Rey e Pacini (2006), tais situações ocorrem devido à existência de crenças irracionais relacionadas a obter um desempenho perfeito em todas as situações. Com isso a intensidade em que o indivíduo passa a se cobrar é maior e conseqüentemente o nível de ansiedade também aumenta, assim como a probabilidade de frustração diante de situações que não saiam como o planejado.

Confundida em algumas situações como uma simples timidez, a fobia social é considerada um problema psiquiátrico crônico que pode passar despercebido durante anos, devido nossa cultura não considerar a “timidez” em excesso como algo anormal (LEAHY, 2011).

O indivíduo “tímido” ou fóbico social possui uma probabilidade menor de se casar ou manter relacionamentos duradouros, assim como de não progredirem na área profissional, geralmente ganham pouco e possuem dificuldade de se manterem em um mesmo emprego por um longo período de tempo (LEAHY, 2011).

Nos estudos realizados percebe-se que, além dos prejuízos sofridos decorrentes deste transtorno, pode-se desenvolver uma ou mais comorbidades com outros transtornos de ansiedade, depressão e/ou abuso de substâncias (D'EL REY, 2001). E estas podem estar relacionadas à ausência de um tratamento ou a inadequação do mesmo (LEAHY, 2011).

A fobia social foi reconhecida como um transtorno psiquiátrico que merecia maior atenção apenas a partir da década de 80 após a publicação do DSM-III, antes deste período a sua existência era negligenciada e pouco estudada (MULULO, et.al, 2009).

Ito, et. al. (2008), ressalta que a timidez e a inibição comportamental isoladamente não influenciam no desenvolvimento da fobia social, porém havendo a prevalência da predisposição genética e de fatores ambientais que interfiram na vida da criança/ adolescente estes fatos podem contribuir no desenvolvimento deste transtorno.

Dentro das abordagens terapêuticas existentes, encontramos a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Que por ser uma abordagem psicoeducativa e focal, que atua de forma colaborativa e ativa nas sessões (Ito et. al., 2008), tem sido

considerada no momento uma das mais eficazes para tratamento dos transtornos de ansiedade (TULBURE et. al., 2015).

Para Ito (2008), a terapia voltada a estes pacientes pode ser realizada individualmente ou em grupo, sendo a duração do tratamento estipulada de acordo com a gravidade de cada caso. A terapia inicia-se através de anamnese detalhada visando buscar fatos relevantes de sua história familiar e experiências sociais que possam ter desencadeado os sintomas e interferido no grau de prejuízo na vida do indivíduo.

A psicoeducação sobre o transtorno, a orientação sobre a forma de atuação terapêutica, o estabelecimento de metas para as sessões, assim como, a avaliação da necessidade ou não do uso de medicação também são realizadas nas primeiras sessões (ITO, et. al., 2008). Por ser um tratamento focado, a terapia cognitivo-comportamental busca auxiliar o paciente a alterar as respostas mal adaptadas, mudando os pensamentos e/ou comportamentos com o auxílio de técnicas específicas (KACZKURKIN E FOA, 2015).

Para Tulbure et. al. (2015), os modelos cognitivos do fóbico social demonstram diversas crenças disfuncionais geradas ao longo da vida, esta ameaça iminente que interfere na vida social do indivíduo pode ser reestruturada através das intervenções em terapia cognitivo-comportamental que visam alterar essas crenças.

De acordo com estudos recentes a TCC tem obtido bons resultados em sua forma de intervenção na fobia social. Levando o paciente entrar em contato com suas crenças irracionais e utilizando de técnicas de reestruturação cognitiva, exposição, relaxamento e treino de habilidades sociais para reduzir a sensação de incapacidade e melhorar o seu desempenho social (TULBURE et. at., 2015).

Tendo em vista a problemática da fobia social nos dias atuais e o avanço das formas de tratamento através da terapia cognitivo-comportamental, observamos a importância de abordar mais a fundo este tema, visando descrever a temática da fobia social e as principais técnicas utilizadas para o seu tratamento.

2. OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo conhecer mais a fundo a fobia social e descrever seu tratamento por meio da terapia cognitivo-comportamental visando abordar as principais técnicas utilizadas neste transtorno psicológico.

3. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste trabalho foi realizada leitura e pesquisa em artigos científicos retirados das seguintes bases de dados: Biblioteca USP, Biblioteca Unipar, Pepsic, Pub Med e Scielo.

Os artigos selecionados foram publicados nos períodos de 2000 a 2015 nas versões em português e inglês e abordam temas da fobia social e das técnicas utilizadas pela terapia cognitivo-comportamental.

Foram selecionados artigos que priorizaram abordar a terapia cognitivo comportamental como tema de estudo. Outras abordagens terapêuticas não foram consideradas relevantes neste trabalho como objeto de estudo.

Foram utilizadas as seguintes expressões para a busca destes artigos: Terapia cognitivo-comportamental and *Cognitive behavioral therapy, social phobia* and Fobia sócia, Social Anxiety and ansiedade social.

4. RESULTADOS

4.1 Conhecendo a Fobia Social

Historicamente acredita-se que a fobia social iniciou desde uma época muito primitiva de nossa existência, onde as pessoas por medo de serem atacadas por outras tribos agiam de forma submissa no intuito de se proteger, seguindo a ideia de que o mais fraco deveria sempre obedecer ao mais forte (LEAHY, 2011).

Evoluímos significativamente ao longo dos últimos 50 anos, em todos os aspectos sociais, culturais e econômicos, no entanto, alguns conceitos culturais obtiveram poucas mudanças, uma vez que as demonstrações de respeito, educação, tranquilidade e afeição permaneceram vistas como forma de prevenir conflitos (LEAHY, 2011).

A cautela com estranhos e a dificuldade na interação social costuma ser um fator comumente percebido durante a infância. No entanto, o medo intenso de aproximação ou interação em alguns casos pode ser considerado um quadro patológico (STALLARD, 2010).

A pré-disposição genética pode desencadear aspectos de inibição comportamental como timidez, medo, ansiedade, entre outros. E os fatores ambientais quando prejudicados por experiências negativas de humilhação, busca de aprovação, falta de apoio ou pais ansiosos e deprimidos, podem contribuir na construção de uma autoimagem negativa e assim desencadear a fobia social (LEAHY, 2011).

Outro fator também discutido por alguns autores como Furmark et. al., (2009), é a influência da amígdala nas reações de medo e perigo. Acredita-se que a amígdala desempenha um papel importante ligado às reações emocionais do ser humano e quando a mesma atua de forma exagerada pode causar um aumento do medo e uma sensação de perigo iminente influenciando em reações rápidas que coloquem sua vida em segurança.

Frick et. al. (2013), reforçam a influência de bases neurobiológicas sobre o processamento do medo, incluindo a amígdala, o hipocampo, entre outros que

podem desregular o emocional e conseqüentemente afetar em tomadas de decisões exageradas diante das situações temidas.

No entanto quando relacionamos essas reações a transtornos de ansiedade encontramos percepções distorcidas das situações e estas podem influenciar no aparecimento da fobia social (FURMAK et. al., 2009).

Confundida com a timidez, a fobia social é considerada um problema psiquiátrico crônico que pode passar despercebida durante anos (LEAHY, 2011). Porém, o que difere a timidez da fobia social é a gravidade, persistência e os prejuízos causados devido ao excesso de ansiedade. Segundo Levitan et.al., (2011), fazer essa diferenciação é o início para um tratamento adequado.

O fóxico social teme agir a situações que possa ser humilhado ou exposto a situações constrangedoras devido ao seu desempenho inadequado ou a demonstração de ansiedade, com isso frequentemente tende evita-las para se proteger de possíveis retaliações (MULULO et. at., 2009). Quando a evitação não é possível, a exposição a tais situações provoca uma ansiedade intensa e sofrimento significativo na vida do indivíduo (D'El Rey e Pacini, 2006).

Lembranças de situações passadas onde o indivíduo agiu de modo adequado são pouco valorizadas e muitas vezes passam despercebidas pelo paciente, reforçando a autoimagem de inadequação e sentimento de humilhação e esquiva do contato social (ITO et. al., 2008).

Para Gusmão, et. al. (2013), a ansiedade antecipatória é o que leva ao surgimento dos pensamentos disfuncionais, o aumento de crises de ansiedade e conseqüentemente a experiências desagradáveis.

O medo iminente de ser avaliado negativamente gera um nível elevado de ansiedade e dessa forma quase todas as situações de contato social tendem a ser evitadas (LEAHY, 2011). As situações mais frequentes geralmente são: falar em público, interagir com estranhos ou pessoas do sexo oposto, utilizar o telefone, ou em situações mais graves se alimentar ou até mesmo utilizar banheiros públicos (DSM V, 2014).

Em níveis elevados de ansiedade alguns sintomas físicos podem ser observados, no entanto estes não são caracterizados como uma crise de pânico uma vez que o pânico está associado ao medo de passar mal e os sintomas físicos

da fobia social estão relacionados ao medo de como os outros o avaliaram (LEAHY, 2011).

Leahy, (2011), relata em seus estudos que muitas pessoas para se proteger de possíveis conflitos adquirem ao longo da vida comportamentos de segurança, como por exemplo, memorizar um discurso, falar rápido, colocar as mãos nos bolsos para que ninguém perceba que está tremendo ou utilizar do álcool e outras drogas para se sentir mais confiante.

Estima-se que a prevalência de casos de fobia social seja maior em mulheres, e seu início médio costuma variar entre 08 a 15 anos (DSM V 2014). Alguns autores como Pereira e Lourenço (2012) e Abumusse (2009), expandem um pouco esta idade acreditando que seu início ocorre na adolescência por volta dos 11 a 15 anos.

No Brasil, em um estudo realizado na área urbana de Pelotas no Rio Grande do Sul com a população na faixa etária de 18 a 24 anos, verificou-se uma prevalências de 20,9% de casos de adultos com transtorno de ansiedade e destes apenas 23,8% chegou a receber algum tipo de tratamento. Em outros locais como São Paulo foram encontrados cerca de 12,5% da população acima dos 18 anos com transtornos de ansiedade (MONDIN et. al., 2013).

Já nos Estados Unidos percebe-se uma prevalências de casos acima dos 18 anos com transtornos de ansiedade, podendo chegar a cerca de 18,1% da população (MONDIN, et. al., 2013).

Pereira e Lourenço (2012), apontam em seus estudos que ao longo da vida cerca de 5% a 13,3% da população pode vir a desenvolver fobia social. Conforme Tulbure et. al. (2015), relata que em culturas ocidentais este número varia entre 7% a 12% da população.

A pessoa que sofre de ansiedade social possui uma imagem distorcida de si mesmo. Consideram importante conviver em sociedade e percebem os prejuízos causados pela ansiedade, porém também acreditam que seus pensamentos negativos podem ajuda-lo a se proteger (LEAHY, 2011). Essa sensação ocorre devido à percepção do indivíduo não condizer com a real situação em que ele se encontra reforçando dessa forma cada vez mais os sintomas fóbicos (GUSMÃO, et. al., 2013).

Segundo Leahy (2011), são estes pensamentos distorcidos que caracterizam o transtorno de ansiedade social e é através destas distorções que são trabalhadas a capacidade de o paciente modificar a crença de que “nada merece”.

4.2 Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

Em seus estudos Barbosa e Borba (2010), afirmam que a terapia comportamental behaviorista apesar de ser reconhecida como um método eficaz de tratamento terapêutico, não apresentava respostas eficazes quando suas técnicas voltadas para um condicionamento respondente do comportamento eram utilizadas isoladamente em alguns tipos de problemas em psicoterapia. Além disso, alguns resultados experimentais e clínicos que obtiveram êxito, não conseguiam ser adequadamente esclarecidos o que colocava em dúvida a sua eficácia.

No final dos anos 60 aumentou-se a insatisfação pela teoria behaviorista e novas formas de intervenção comportamental passaram a ser utilizadas pelos terapeutas. No entanto a atuação clínica com base em técnicas empíricas sobre o comportamento do paciente voltou a trazer questionamentos e alguns terapeutas comportamentais passaram a achar os métodos utilizados falhos (BARBOSA E BORBA, 2010). Além da insatisfação com o modelo não-mediacional de estímulo e resposta, outro fator que contribuiu para o desenvolvimento desta abordagem foi à rejeição do modelo psicodinâmico de personalidade e de terapia (DOBSON E SCHERRER, 2007).

Neste momento aumentou o interesse pelos aspectos cognitivos do funcionamento humano, levando a partir da década 70 a uma fragmentação da terapia comportamental e a busca por uma unificação de práticas distintas sobre um mesmo objetivo passou a ser fonte de interesse pelos terapeutas e estudiosos da época (BARBOSA E BORBA, 2010). Ainda segundo o mesmo autor, foi neste período que Albert Ellis, Aaron Beck, Michael Mahoney e Donald Meichenbaum desenvolveram novas abordagens terapêuticas.

O termo terapia cognitivo-comportamental não foi empregado inicialmente para destacar essas novas abordagens uma vez que alguns terapeutas como Ellis e

Beck não tinham uma formação comportamental e sim psicanalítica (BARBOSA E BORBA, 2010). Nesta época a eficácia das técnicas psicanalíticas para alguns tipos de transtornos neuróticos também passaram a ser questionadas e Beck começou a observar os fatores cognitivos em casos de depressão e as distorções em seus padrões de pensamento (DOBSON E SCHERRER, 2007).

Esta abordagem foi aperfeiçoada por diversos textos e em abril de 1976 em uma convenção em Nova York, passou a utilizar o termo terapia cognitivo-comportamental para identificar uma abordagem terapêutica estruturada e focal de psicoterapia que busca avaliar como nossos pensamentos influenciam diretamente na forma como nos sentimos e agimos diante de eventos e dificuldades atuais (STALLARD, 2010).

Knapp, (2007 p. 22), afirma que "a inter-relação entre cognição emoção e comportamento está implicada no funcionamento normal do ser humano e, em especial, na psicopatologia." Tal fato nos leva a sentir e agir de diferentes formas variando a partir do que pensamos, ou seja, nos sentimos o que pensamos.

O modelo cognitivo enfatiza a influência de pensamentos distorcidos e formas irrealistas de perceber os fatos relacionados a nossos sentimentos e comportamentos. Estas distorções cognitivas levam o paciente a interpretar erroneamente suas experiências vividas, podendo intensificar o grau de sua angústia (KNAPP, 2007).

No que se refere às distorções cognitivas Leahy (2011), ressalta que em casos de fobia social comumente são trabalhadas as seguintes distorções:

- Leitura mental - "As pessoas vão perceber que estou muito nervoso"
- Previsão do futuro - "Terei um branco"
- Filtro negativo - "Minhas mãos vão tremer"
- Desconto dos aspectos positivos - "Muito embora algumas pessoas gostem de mim, sempre há pessoas que não gostam".
- Catastrofização - "Se eu parecer ansioso será simplesmente horrível"
- Personalização - "Aposto que ninguém tem esses medos de falar"
- Rotulação - "Sou inapto"
- Pensamento dicotômico - "Continuo a me atrapalhar quando encontro pessoas"

A partir destas distorções a terapia cognitivo-comportamental visa promover formas realistas e adaptadas de perceber sua vida, levando o paciente a agir de maneira mais funcional diante de situações de conflito (DOBSON E SCHERRER, 2007).

Para que o paciente possa ver as coisas de forma mais realista e adaptada, o terapeuta auxilia o paciente a verificar os pressupostos que o levaram a estados emocionais alterados, examinar a validade de seus pensamentos, verificando evidências contra e a favor da situação vivida, testando assim, os seus pensamentos e os comparando com a realidade (LEAHY, 2006).

Assim como em casos de depressão, outros transtornos como a ansiedade, por exemplo, tem demonstrado resultados significativos (DOBSON E SCHERRER, 2007). Ito et. al. (2008), afirma que nos casos de fobia social em média são realizadas entre 12 a 16 sessões semanais em grupo ou individuais para se ter uma redução significativa dos sintomas e que para um melhor aproveitamento terapêutico deve-se realizar uma boa anamnese a fim de verificar os prejuízos causados em todas as áreas do indivíduo, assim como a existência de possíveis comorbidades que necessitem de tratamento medicamentoso, para que assim possa haver um planejamento adequado de tratamento.

Para Barbosa e Borba (2010), o objetivo da terapia cognitiva comportamental pode ser dividido em três categorias:

- a) A primeira está voltada ao desenvolvimento de habilidades que auxiliam no enfrentamento de situações relacionadas ao ambiente externo.
- b) A segunda baseia-se na resolução de problemas, onde o objetivo é ampliar o número de possíveis alternativas que o paciente terá para reagir diante das situações de conflito.
- c) E a terceira e última categoria é a reestruturação cognitiva cujo objetivo é a alteração do pensamento disfuncional.

A terapia cognitivo-comportamental possui um estilo colaborativo, onde o paciente atua ativamente durante todo o processo terapêutico visando desenvolver uma compreensão de suas dificuldades por meio da psicoeducação e posteriormente levando o paciente a compreender suas crenças e pressupostos através de técnicas terapêuticas úteis (STALLARD, 2010).

Para Dobson e Scherrer (2007), desde o surgimento da terapia cognitiva de Beck tanto pesquisadores quanto clínicos tem obtido resultados satisfatórios que só tem a contribuir para nosso atual sistema de saúde que visa principalmente o custo e benefício dos tratamentos, assim como o próprio modelo de sociedade imediatista em que vivemos.

4.3 A TCC e suas técnicas

A TCC dispõe de inúmeras técnicas cognitivas e comportamentais para auxiliar no processo terapêutico de muitos transtornos psicológicos, através das técnicas podemos coletar dados que nos auxiliem na compreensão e na conceitualização do caso do paciente. As técnicas têm por finalidade contribuir no processo colaborativo do paciente e levá-lo a ver as coisas numa perspectiva diferente que o capacite a agir de forma mais efetiva sobre sua vida (LEAHY, 2006).

Quando abordamos os transtornos de ansiedade, mais especificamente a fobia social, encontramos em vários estudos as técnicas de reestruturação cognitiva, relaxamento, exposição e treino de habilidades sociais, sendo elas consideradas as principais técnicas e mais eficazes no tratamento deste tipo de transtorno (D'EI REY e PACCINI, 2006; ITO, et. al., 2008; GUSMÃO, et. al., 2013). Abordaremos a seguir estas técnicas visando elucidar a importância de cada e qual a influência destas nos aspectos cognitivos e comportamentais do paciente.

Iniciaremos pela técnica de reestruturação cognitiva que tem como foco perceber os pensamentos distorcidos do paciente a partir de suas crenças intermediárias e centrais. Ensina-se ao paciente que o mesmo deverá registrar seus pensamentos automáticos distorcidos e seu sentimento relacionado a uma situação social. Posteriormente o paciente é levado a observar seus pensamentos e questioná-los a fim de encontrar as distorções e buscar respostas adaptativas que minimizem a ansiedade causada pela situação vivida (ITO, et. al., 2008).

Para auxiliar neste processo são utilizadas técnicas auxiliares como observação, registro dos pensamentos disfuncionais, debate socrático e exame de evidências que tem como objetivo desafiar os pensamentos automáticos

confirmando ou não as hipóteses criadas com a supervalorização de situações ansiogênicas (GUSMÃO, et. al., 2013).

Quando questionamos esses pensamentos temos a possibilidade de encontrar as distorções cognitivas que estão influenciando na vida do paciente e mantendo sua ansiedade fóbica, com o tempo essas distorções são percebidas pelo paciente que passa a ter mais controle e autoconfiança e conseqüentemente torna-se menos afetado por esses pensamentos negativos (ITO, et. al., 2008).

A partir do momento em que o paciente passa a identificar seus pensamentos distorcidos, o terapeuta começa a instigar a origem desses pensamentos e quais as estratégias que o paciente utiliza para compensar sua crença central que muitas vezes está relacionada à autodepreciação "Sou incompetente" (ITO, et. al., 2008).

Esta técnica pode ser aplicada tanto nos pensamentos que ocorrem antes da fobia social, como nos pensamentos que ocorrem durante e após a situação temida é através dela é possível corrigir as distorções cognitivas e levar o paciente a perceber sua capacidade de lidar com a mesma situação (D'EI REY E PACINI, 2006).

A técnica de relaxamento por sua vez, tem como objetivo ensinar o paciente a controlar as sensações fisiológicas decorrentes da ansiedade visando à diminuição dos sintomas físicos e proporcionando um estado de calma e relaxamento (GUSMÃO, et. al., 2013).

Existem inúmeras formas de relaxamento que permitem o paciente entrar neste estado de calma, a mais utilizada atualmente é a do Jacobson. O relaxamento muscular progressivo com o auxílio da respiração diafragmática tem como objetivo auxiliar o paciente a focar sua atenção numa respiração profunda ao mesmo tempo em que tensiona todas as regiões musculares gradativamente proporcionando conforto e relaxamento da região tensionada (ITO, et. al., 2008).

Conforme D'El Rey e Pacini (2006), o relaxamento auxilia o paciente a enfrentar com maior facilidade a situação temida, porém a mesma só tem valor quando utilizada concomitantemente com outras técnicas.

Estudos mais recentes estão analisando se o método de atenção plena de Mindfulness pode influenciar na redução dos sintomas de fobia social. No entanto o que se percebe até o momento é que a atenção plena não tem respondido

significativamente para este tipo de tratamento (BURTON, et. al., 2013 e MORGAN, et. al., 2014).

Quanto à técnica de exposição, a mesma pode ser realizada através da imaginação por meio de imagens mentais ou in vivo. Seu objetivo é expor o paciente a situações que lhe representem medo e ansiedade de modo que o mesmo enfrente as situações temidas e diminua significativamente seu nível de ansiedade (D'EL REY e PACINI, 2006).

Para isto é construído juntamente com o paciente uma hierarquia de enfrentamento no qual o mesmo será exposto de forma gradual e sistemática a partir de situações que lhe causem menos ansiedade até as mais complexas a serem enfrentadas (GUSMÃO, et. al., 2013).

Nos casos de fobia social muitas vezes as situações que geram ansiedade são inesperados, por este motivo o terapeuta deve auxiliar o paciente a montar uma hierarquia de enfrentamento que de fato lhe permita enfrentar as situações temidas. Em cada etapa da exposição decidido através desta hierarquia o paciente deve se expor várias vezes e por um longo período de tempo, para que assim a habituação possa ocorrer. O cuidado ao estabelecer a hierarquia é fundamental, pois é ele que contribuirá no processo da habituação (ITO, et. al., 2008).

Só após a diminuição do nível de ansiedade e de desconforto físico e emocional decorrente da situação enfrentada, é que o paciente passa para o próximo nível da hierarquia, vindo a repetir este processo até que o mesmo enfrente todos os níveis da hierarquia construídos por ele, e consiga reduzir sua ansiedade (D'EL REY e PACINI, 2006).

Ito, et. al. (2008), sugere em seus estudos que o paciente utilize um diário para avaliar e registrar sua ansiedade e suas dificuldades antes e depois de enfrentar a situação temida. Desta forma também torna-se possível mostrar ao paciente seu progresso no decorrer do tratamento, o que contribuirá para a diminuição da ansiedade.

Devido à dificuldade que muitos pacientes têm em realizar este enfrentamento, o terapeuta pode auxiliá-lo no começo através da exposição por imagens mentais durante as sessões e como tarefa de casa, visando fortalecer sua autoconfiança para posteriormente realizar as exposições in vivo (GUSMÃO, et. al., 2013).

Por fim o treino de habilidades sociais outra importantíssima técnica, visa desenvolver padrões assertivos no comportamento do paciente que lhe capacite se defender caso sinta-se ameaçado, expressar o que pensa e sente recusar participar de situações que julga ser desagradável sem medo de ser julgado, entre outros (GUSMÃO, et. al., 2013).

Segundo Ito, et. al. (2008), deve-se fornecer uma ampla quantidade de comportamentos adaptados que o auxiliem na diminuição de situações de passividade ou em sentimentos de raiva e frustrações. Ainda para o mesmo autor, as situações que comumente são trabalhadas as habilidades sociais refere-se a iniciar, manter e finalizar uma conversa, permanecer atento e demonstrar interesse sobre o tema da conversa, lidar com naturalidade nos momentos de silêncio que possam haver no decorrer da conversa, selecionar novos temas que sejam do seu domínio e de interesse mútuo e por fim estabelecer e manter amizades.

O treino de habilidades sociais é realizado concomitantemente com outras técnicas citadas acima, seu início ocorre primeiramente durante as sessões e entre seus familiares, posteriormente quando o paciente consegue interagir com maior facilidade este treino se amplia para os ambientes externos (amigos, vizinhos, professores, local de trabalho, etc) (ITO, et. al., 2008).

No todo cada técnica possui sua finalidade e seu grau de importância para o tratamento da fobia social, elas devem auxiliar umas às outras para que desta forma o paciente obtenha maior compreensão do que está pensando e sentido, possa validar a veracidade de seus pensamentos e comportamentos e se permitir elaborar estratégias de enfrentamento que o auxiliaram a retomada da vida em sociedade.

Na tabela abaixo estão descritos de forma sintetizada os métodos, as técnicas utilizadas e os resultados obtidos nas pesquisas utilizadas neste trabalho (Tabela 1). Constam abaixo somente os artigos que trazem especificamente as técnicas.

Tabela 1. Resultados obtidos nas pesquisas

| Autor/ Ano | Método | Técnica | Resultado |
|--------------------------|---|---|--|
| D'El Rey e Pacini (2006) | Busca bibliográfica pela internet através do Medline, Psycinfo e do Lilacs (todos os anos disponíveis). | Técnica de relaxamento, Treinamento de habilidades sociais, exposição e reestruturação cognitiva. | Segundo a literatura científica a terapia cognitivo-comportamental e a farmacologia, constituem-se hoje como as principais intervenções terapêuticas para os quadros de fobia social. |
| Ito, et. al., (2008) | A partir do banco de dados Medline, realizou-se revisão da literatura publicada a respeito do tratamento da fobia social por meio da terapia cognitivo-comportamental. | Treino de habilidades sociais, reestruturação cognitiva, manejo de estresse e relaxamento e exposição. Foi demonstrado um relato de caso com 12 sessões onde as técnicas acima foram utilizadas. | Há consenso geral na literatura de que a terapia cognitivo-comportamental é eficaz tanto para o tratamento de jovens como de adultos com fobia social. |
| Mululo, et. al., (2009) | Foram avaliados ensaios clínicos controlados e randomizados publicados até abril de 2008 nos idiomas espanhol, inglês e português. Foram incluídos estudos que envolveram participantes com o diagnóstico primário de TAS submetidos à psicoterapia do tipo cognitivo-comportamental, psicoterapia cognitiva ou exclusivamente técnicas comportamentais, tanto no formato individual quanto em grupo. | Reestruturação cognitiva, exposição, relaxamento, treino de habilidades sociais, treino em tarefa de concentração. Foi selecionado um total de 25 artigos. Todos os artigos foram avaliados por uma psicóloga e uma psiquiatra. E em cada um havia uma quantidade específica de sessões e pessoas sendo avaliadas. | Os estudos avaliados confirmam que tanto as intervenções cognitivas quanto as comportamentais padrões e inovadoras são eficazes no tratamento do TAS. Apesar de o tratamento combinado não ter demonstrado superioridade em relação à terapia cognitiva e às técnicas comportamentais isoladamente, essa prática de incluir técnicas comportamentais na terapia cognitiva é consenso no cotidiano da clínica e nos livros teóricos sobre o tema. |

| | | | |
|-------------------------|--|--|--|
| Gusmão, et. al., (2013) | Revisão literária a cerca das perspectivas e intervenções da terapia cognitivo-comportamental sobre a fobia social. | Reestruturação cognitiva, treino de relaxamento, Treino de habilidades sociais e exposição. | A tcc com a psicofarmacologia são os recursos terapêuticos de maior eficiência e evidência empíricas. Dado os impactos já mencionados ao longo deste estudo, verifica-se a necessidade de mais pesquisas na área a fim de se obter maior compreensão desse transtorno, bem como proporcionar intervenções mais condizentes. |
| Burton, et. al. (2013) | Estudo randomizado controlado no qual 65 participantes com diagnóstico de transtorno de ansiedade social foram aleatoriamente designados para receber 8 semanas. Sendo os tratamentos nos manuais (terapia de grupo exposição, n = 33; ou terapia de exposição realidade virtual, n = 32) ou imediatamente ou após um período de espera de oito semanas. | Mindfulness | O medo da avaliação negativa diminuiu após o tratamento e foi negativamente relacionada com atenção plena durante todo o tratamento e acompanhamento. Mindfulness não obteve um resultado modrado do tratamento. |
| Morgan, et. al. (2014) | A amostra inicial foi composta de 88 participantes. Os participantes foram incluídos se eram alfabetizados em Inglês e teve um diagnóstico primário de fobia social com um medo predominante de falar em público, conforme determinado pela Entrevista Clínica Estruturada para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Fourth Edition (SCID-IV; Primeiro, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2002). Os participantes foram excluídos se tivessem um histórico de convulsões, mania, esquizofrenia ou outras psicoses, bem como | Mindfulness Todos os participantes que preencheram os critérios de inclusão, completou as avaliações antes, no meio e pós-tratamento, e tinha dados válidos para todas as medidas de estudo relevante (N = 67) foram incluídos no estudo; 21 participantes foram excluídos da nossa análise, porque eles abandonaram o tratamento durante a fase inicial. | No primeiro resultado deste ensaio são relatados em outros lugares (Anderson et al., 2013) e sugeriu que não houve diferenças na resposta ao tratamento nas duas condições de tratamento para as variáveis dependentes utilizadas no estudo atual. Análises adicionais da variância sugeriram que não havia diferenças de atenção. |

| | | | |
|--------------------------------|---|---|--|
| | <p>ideação suicida proeminente, ou álcool atual ou abuso de drogas ou dependência. A experiência passada com a meditação mindfulness não era necessário para participar neste estudo.</p> | | |
| <p>Tulbure, et. al. (2015)</p> | <p>Foram selecionados voluntários para um grupo randomizado de triagem clínica para diagnóstico de fobia social e os benefícios da sua intervenção. Teve duração de nove semanas (Abril e Maio de 2012). Medidas de auto-relato foram coletadas antes de abril e depois da intervenção (Julho de 2012), bem como seis meses depois (Janeiro de 2013).</p> | <p>Reestruturação cognitiva, habilidades sociais, exposição, plano de manutenção.</p> | <p>Intervenções realizadas na internet apresentam resultados satisfatórios e promissores como uma alternativa de tratamento para o futuro.</p> |

5. DISCUSSÃO

A partir das pesquisas utilizadas neste trabalho, é possível perceber que a terapia cognitivo-comportamental possui resultados significativamente positivos no tratamento da fobia social levando os pacientes a diminuir o grau de sua ansiedade e retomar a sua vida em sociedade.

Pôde-se observar que este tipo de transtorno ainda é pouco pesquisado uma vez que não encontramos muitos estudos recentes a seu respeito quando comparamos com outras patologias como, por exemplo, a depressão.

Durante a pesquisa foi possível observar a dificuldade em localizar artigos que abordassem a terapia cognitiva comportamental voltada especificamente para o quadro de fobia social. Muitos artigos abordavam os transtornos de ansiedade como um todo, esmiuçavam os malefícios causados pela alteração da ansiedade, estudavam fatores biológicos e culturais que contribuíam para a seu aparecimento, ou focavam na terapia cognitivo comportamental falando de sua origem e evolução como modelo terapêutico. No entanto foram encontradas poucas pesquisas que, além de, abordar a fobia social também pudessem enfatizar as técnicas de tratamento mais utilizadas pela TCC.

Esta dificuldade foi encontrada tanto nos artigos em português, quanto nos artigos em inglês dos últimos 16 (dezesesseis) anos. Fato este que reforça a importância de novas pesquisas relacionadas à fobia social e possivelmente aos transtornos de ansiedade como um todo, uma vez que as condições biopsicosociais no qual vivemos atualmente estão contribuindo para uma qualidade de vida precária influenciando para que os quadros de ansiedade de um modo geral estejam crescendo significativamente ao longo dos últimos anos dentro e fora dos consultórios clínicos.

Como vimos o aumento de casos de ansiedade está ligado tanto a fatores genéticos e biológicos como também ao estilo de vida de nossa sociedade, que tem se estruturado ao longo dos últimos anos, tornando-nos pessoas cada vez mais imediatistas, impacientes e consumistas. Este fator ambiental talvez seja o maior influenciador do desenvolvimento dos transtornos de ansiedade uma vez que somos expostos e cobrados direta e indiretamente a todo momento.

Como podemos ver nas revisões bibliográficas e nos artigos utilizados neste trabalho uma das maiores evoluções no campo da psicologia foi o surgimento da terapia cognitivo-comportamental para o tratamento de diversas patologias, uma vez que a TCC atua de forma focal e colaborativa nos problemas atuais do paciente, permitindo que o tempo de tratamento possa ser reduzido e que os pacientes com fobia social possam modificar de forma rápida e efetiva seus pensamentos e comportamentos.

Para isso são utilizadas diversas técnicas, e dentre elas encontramos nos estudos de D'El Rey e Pacini (2006), Ito, et. al., (2008), Mululo, et. al., (2009), Gusmão, et.al., (2013) e Tulbure, et.al., (2015) uma semelhança na forma como estes autores percebem e descrevem a importância das mesmas técnicas para tratar a fobia social.

Mesmo com o passar dos anos não houve uma modificação ou ampliação de técnicas, sendo consideradas o relaxamento, treino de habilidades sociais, exposição e reestruturação cognitiva as principais formas de intervenção com os resultados mais eficazes. Os autores ressaltam a importância de utilizar as técnicas simultaneamente para que o paciente possa experimentar o enfrentamento das situações temidas à medida que os pensamentos distorcidos são modificados. Deste modo o paciente consegue perceber sua evolução gradativamente fato que reforça sua motivação para manter o tratamento.

Os estudos acima foram realizados através revisões bibliográficas, um relato de caso com 12 (doze) sessões e um grupo randomizado de voluntários que participaram do processo diagnóstico e intervenção.

Nos estudos de Mululo, et. al., (2009) percebe-se uma comparação entre atendimentos só com a terapia comportamental, atendimento só com a terapia cognitiva e atendimento com a terapia cognitivo-comportamental. Em seu estudo não foi percebido diferenças significativas entre utilizar esses dois modelos de terapia separadamente ou unificadas atingindo resultados positivos em ambos os casos. Nesta perspectiva podemos pensar que tudo dependerá da gravidade e dos prejuízos que estão sendo causados na vida do fóxico social para que a partir daí possamos criar um plano de tratamento utilizando as técnicas tanto comportamentais quanto cognitivas de acordo com a necessidade de cada quadro clínico.

Um estudo recente de Tulbure, et. al., (2015) tem avaliado um novo método de atendimento através da internet, acreditando que uma vez que o fóbico social tem dificuldade na interação, realizar o atendimento pela internet facilitará a procura por tratamento. Em sua pesquisa os resultados apresentados foram satisfatórios, no entanto ainda acredita-se ser necessário mais estudos a respeito desta forma de atuação, uma vez que o vínculo terapêutico e a fidedignidade do trabalho possa ser enfraquecido. Podemos pensar também que o contato terapêutico presencial para o fóbico social possa ser o primeiro enfrentamento que este terá em seu processo de mudança e com isso o atendimento através da internet talvez não seja tão viável.

Outro ponto que podemos analisar nas pesquisas científicas é o número de sessões que alguns autores estipulam para obter um resultado nos atendimentos variando uma média de 12 a 16 sessões grupais ou individuais. No entanto quando partimos para a prática clínica percebemos que a realidade é um pouco diferente e que mesmo existindo técnicas excelentes que contribuem para o processo de evolução do paciente outros pontos como o vínculo terapêutico e as limitações do paciente, tanto do ponto de vista cognitivo (o tempo em que o mesmo necessita para compreender o modelo de tratamento da TCC) quanto às restrições do atendimento, se for particular (a disponibilidade financeira para realizar sessões semanais) e se for convênio (o tempo de reduzido de atendimento e o número de sessões permitido) influenciaram no tempo em que o paciente obterá um melhora significativa. Com isso podemos não se prender a um número específico de atendimentos e sim no bem estar do paciente e num atendimento adequado dentro das condições em que o paciente se encontra também contribuirá para seu tratamento.

No todo, a terapia cognitivo-comportamento nos quadros de fobia social tem sido uma das abordagens mais utilizadas por demonstrar que existe eficácia tanto em seu atendimento grupal como individual, reduzindo satisfatoriamente os níveis de ansiedade através das técnicas cognitivas e comportamentais auxiliando-os na exposição e enfrentamento das situações temidas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir a partir dos artigos científicos e da literatura pesquisada que a terapia cognitivo-comportamental é vista hoje como um dos principais meios de tratamento para a fobia social. Transtorno esse que tem se tornado a cada dia mais prevalente em nossa população e que necessita de uma atenção especial, para que o diagnóstico correto e o tratamento adequado possa ser realizado, contribuindo assim, para a diminuição de sofrimento emocional e melhorando a qualidade de vida de muitas pessoas. Para isso melhorar nosso sistema de saúde pública, aumentando o número de atendimentos e de profissionais capacitados e diminuindo o tempo em fila de espera para atendimento, auxiliara no aumento de casos diagnosticados e tratados num espaço de tempo menor.

No que se refere às técnicas todas são vistas como eficazes e essenciais para obtenção de um bom resultado, uma vez que cada técnica possui um objetivo específico que quando unificada auxilia o paciente a reestruturar sua forma de pensar antes, durante e após o enfrentamento, seja essa exposição por imaginação ou in vivo, além de trabalhar a assertividade de seus comportamentos por meio das habilidades sociais e a diminuição do nível de ansiedade através de respiração e relaxamento, levando o paciente a um alívio que lhe permite gradativamente retomar uma vida em sociedade com qualidade.

REFERÊNCIAS

ABAMUSSE, L. V. DE M. **Transtorno de ansiedade social e prejuízos funcionais relacionados a vida cotidiana: validação de escalas.** Tese de doutorado, Programa de Pós Graduação em ciências: psicologia. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, p.208, 2009. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-07052009-134731/pt-br.php>>. Acesso em: 11/01/2016.

American Psychiatric Association. **Manual Diagnostico e Estatístico de Transtornos mentais DSM-V.** Porto Alegre: Artmed, 2014. p.202-208

BARBOSA, J. I. C, BORBA, A. O surgimento das terapias cognitivo-comportamentais e suas consequências para o desenvolvimento de uma abordagem clínica analítico-comportamental dos eventos privados. **Revista Brasileira de terapia comportamental e cognitiva.** Campinas, v.XII, n.1/2, p.60-79, 2010. Disponível em <<http://usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/viewFile/416/310>>. Acesso em: 20/04/2016.

BURTON, M. et. al. The relation between mindfulness and fear of negativo evacuativo over the course of cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder. *J Clin Psychol. USA*, v.69, n.3, p.222-8, 2013. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23124529>>. Acesso em:01/06/2016.

D'EL REY, G. J. F. Fobia social: mais do que uma simples timidez. **Arquivo Ciências Saúde Unipar.** Paraná, v.5, n.3, p.273-276, 2001. Disponível em <<http://revistas.unipar.br/saude/article/view/1140>>. Acesso em: 16/01/2016.

D'EL REY, G. J. F, PACINI, C. A. **Terapia cognitivo-comportamental da fobia social: modelos e técnicas.** *Psicologia em estudo.* Maringá, v.11, n. 2, p. 269-275, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000200005>. Acesso em: 08/12/2015.

DOBSON, K. S, SCHERRER, M. C. História e futuro das terapias cognitivo-comportamentais. In KNAPP, PAULO. et. al. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica.** Porto Alegre: Artmed, 2007. p42-53

FRICK, A. et. al. Altered fusiform connectivity during processing of fearful faces in social anxiety disorder. **Transl. Psychiatry**. v.3, n.10, p.1-6, 2013. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3818016/>>. Acesso em: 20/04/2016.

FURMARK, T. et. al. Genotype over-diagnosis in amygdala responsiveness: affective processing in social anxiety disorder. **Rev. Psychiatr Neurosci**. Canadian, v.34, n.1, p.30-40, 2009. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19125211>>. Acesso em: 20/04/2016.

GUSMÃO, E. É. da S. et. al. Contribuições da terapia cognitivo-comportamental para o tratamento da fobia social. **Revista Brasileira de terapias cognitivas**. Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.118-125, 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872013000200007>. Acesso em: 11/01/2016.

ITO, L. M. et. al. Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. **Revista Brasileira Psiquiátrica**. São Paulo, v.30, n.2, p.96-101, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a07v30s2.pdf>>. Acesso em: 08/12/2015.

KACZKURKIN, A. N; FOA, E. B. **Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence**. United States, v.17, n.3, p.337-346, 2015. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610618/>>. Acesso em: 17/01/2016.

KNAPP, PAULO. et. al. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p.19-40

LEAHY, R. L. Técnicas de terapia cognitiva: Manual do terapeuta. Porto Alegre: Artmed, 2006.

LEAHY, R. L. **Livre de ansiedade**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

LEVITAN, M. N. Diretrizes da associação médica brasileira para o tratamento do transtorno de ansiedade social. **Revista brasileira de psiquiatria**. Rio de Janeiro, v.33 n.3 p.292-302, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v33n3/14.pdf>. Acesso em: 17/12/2015.

MONDIM, T. C. et. al. Anxiety disorders in young people: a population-based study. **Revista brasileira de psiquiatria**. Pelotas, v.35, n.4, p.347-352, 2013. Disponível

em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462013000400347>. Acesso em: 20/04/2016.

MORGAN, JR. et. al. Cognitive processes, as mediators of the relation between Mindfulness and change in social anxiety symptoms following cognitive behavioral treatment. USA, v.27, n.3, p.288-302, 2014. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24147809>>. Acesso em: 01/06/2016.

MULULO, S. C. C. et. al. Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social. **Revista psiquiátrica clínica**. São Paulo, v.36, n.6, p.221-228, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n6/v36n6a02.pdf>>. Acesso em: 08/12/2015.

PEREIRA, S. M.; LOURENÇO, L. M. O estudo bibliométrico do transtorno de ansiedade social em universitários. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Rio de Janeiro, v.64, n.1, p.47-62, 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672012000100005>. Acesso em: 11/01/2016.

STALLARD, PAUL. **Ansiedade: terapia cognitivo-comportamental para crianças e jovens**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.11-21

TULBURE, B. T. et. al. Internet-delivered cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder in Romania: a randomized controlled trial. **Plos One**. United States, v.10, n.5, p.1-19, 2015. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25938241>>. Acesso em: 17/01/2016.

ANEXO**Termo de Responsabilidade Autoral**

Eu Vanessa Vedovato Marques Santos, 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 “Terapia cognitiva comportamental aplicada 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, 30 de Novembro de 2016.

Assinatura do (a) Aluno (a)