

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Thársia Girardi Carpanez

**Análise dos comportamentos de segurança em ansiosos sociais submetidos à terapia
cognitivo comportamental de grupo**

Juiz de Fora

2019

Thársia Girardi Carpanez

**Análise dos comportamentos de segurança em ansiosos sociais submetidos à terapia
cognitivo comportamental de grupo**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Lelio Moura Lourenço

Juiz de Fora

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Carpaneze, Thársia Girardi.

Análise dos comportamentos de segurança em ansiosos sociais submetidos à terapia cognitivo comportamental de grupo / Thársia Girardi Carpaneze. -- 2019.

92 p. : il.

Orientador: Lélío Moura Lourenço

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Psicologia, 2019.

1. Comportamentos de Segurança. 2. Ansiedade Social. 3. Intervenção Grupal. 4. Terapia Cognitivo Comportamental. I. Lourenço, Lélío Moura, orient. II. Título.

Thársia Girardi Carpanez

**Análise dos comportamentos de segurança em ansiosos sociais submetidos à
terapia cognitivo comportamental de grupo**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Lelio Moura Lourenço
Universidade Federal de Juiz de Fora

Membro Interno: Prof. Dr. Gustavo Arja Castañon
Universidade Federal de Juiz de Fora

Membro Externo: Prof. Dr. Rodrigo da Cunha Teixeira Lopes
Universidade Católica de Petrópolis

AGRADECIMENTOS

Ao professor e orientador Lélío Moura Lourenço pelo incentivo, confiança e liberdade que tornaram essa jornada mais tranquila.

Aos integrantes do Grupo Tímidos, pela grande ajuda e parceria.

Aos psicólogos parceiros e demais orientandos, pela ajuda na coleta de dados.

Aos participantes desta pesquisa, pela disponibilidade, confiança e colaboração.

Aos meus pais e irmãos, pelo amor, encorajamento e apoio incondicional nos momentos difíceis.

Aos meus amigos, que tornaram essa jornada leve e torceram por mim à cada conquista.

A todos que de maneira direta ou indireta fizeram contribuições para o bom andamento deste estudo, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

O transtorno de ansiedade social, também chamado de fobia social, é definido como medo ou ansiedade excessivos e evasão de interações sociais e situações que envolvem a possibilidade de ser avaliado. Fóbicos sociais frequentemente lançam mão de comportamentos de segurança para prevenir a ocorrência de uma ameaça central ou para restaurar a sensação de segurança em um contexto específico de ameaça em potencial. A terapia cognitiva comportamental de grupo tem demonstrado considerável eficácia, além de ser menos custosa financeiramente que outros métodos. Destarte, a presente pesquisa teve por objetivo avaliar as alterações nos escores dos comportamentos de segurança após a ocorrência de intervenção psicoterápica cognitivo comportamental de grupo. Para tal, foi desenvolvido um ensaio clínico não randomizado composto por 4 fases. Na primeira e terceira fase foram aplicados instrumentos para avaliar graus de ansiedade e ansiedade social (BAI e Escala Liebowitz), depressão (BDI) e os comportamentos de segurança (ECSAS) utilizados pelos participantes alocados no grupo de intervenção. Já na segunda fase, desenvolveu-se a intervenção e os desistentes foram automaticamente alocados no Grupo Controle. Assim, na quarta fase do projeto tais pessoas responderam aos instrumentos da pesquisa, configurando os pós-testes. A amostra da pesquisa foi composta por 86 adultos, sendo 78 participantes do grupo de intervenção e 8 participantes do grupo controle. Os dados obtidos foram analisados e tabulados por meio do pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Pode-se constatar que a intervenção foi efetiva na diminuição dos sintomas trazendo melhor qualidade de vida e performance social.

Palavras-chave: Comportamentos de Segurança, Ansiedade Social, Intervenção Grupal, Terapia Cognitivo Comportamental.

SUMMARY

Social anxiety disorder, also called social phobia, is defined as excessive fear or anxiety and avoidance of social interactions and situations involving the possibility of being evaluated. Social phobics often resort to security behaviors to prevent the occurrence of a central threat or to restore the sense of security in a particular context of potential threat. Cognitive behavioral group therapy has shown considerable efficacy and is less costly than other methods. Therefore, the present study aimed to evaluate the changes in the scores of the safety behaviors after the occurrence of cognitive behavioral group psychotherapeutic intervention. For this, a non-randomized clinical trial composed of 4 phases was developed. In the first and third phase, instruments were used to evaluate social anxiety and anxiety (BAI and Liebowitz Scale), depression (BDI) and the safety behaviors (ECSAS) used by the participants in the intervention group. In the second phase, the intervention was developed and the dropouts were automatically allocated to the Control Group. Thus, in the fourth phase of the project, these people responded to the research tools, setting up the post-tests. The study sample consisted of 86 adults, 78 participants from the intervention group and 8 participants from the control group. The data were analyzed and tabulated using the statistical package Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). It can be verified that the intervention was effective in reducing the symptoms bringing better quality of life and social performance.

Keywords: Safety Behaviors, Social Anxiety, Group Intervention, Behavioral Cognitive Therapy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de seleção da amostra.....	54
---	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Nível de escolaridade da amostra.....	55
Tabela 2 – Frequência dos comportamentos de segurança utilizados pelo grupo de intervenção	56
Tabela 3 – Tabela de correlação entre Ansiedade de Performance e Interação Social X ECSAS	57
Tabela 4 – Tabela de correlação entre Ansiedade de Performance e Interação Social X ECSAS	60
Tabela 5 – Tabela de correlação entre Ansiedade de Performance e Interação Social X ECSAS	62

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 Transtorno de Ansiedade Social.....	14
2.2 Terapia Cognitiva Comportamental de Grupo	18
2.3 Terapia Cognitiva Comportamental de Grupo para Ansiedade Social	20
2.4 Comportamentos de Segurança na Ansiedade Social.....	22
2.4.1 Histórico e Definição do Termo	22
2.4.2 Relação com o Modelo Cognitivo da Ansiedade Social	29
2.4.3 Formas de Acessar os Comportamentos de Segurança	31
2.5 Revisão sistemática em Ansiedade Social, Comportamentos de Segurança e Terapia Cognitiva Comportamental	37
3. DELINEAMENTO DA PESQUISA	47
3.1 Hipótese e Problema de Pesquisa	47
3.2 Objetivos	47
3.2.1 Objetivo Geral	47
3.2.2 Objetivos Específicos	47
4. METODOLOGIA.....	48
4.1 Desenho do Estudo	48
4.2 Participantes e Seleção da Amostra	48

4.3 Instrumentos	49
4.3.1 BAI	49
4.3.2 BDI	50
4.3.3 Escala de Ansiedade Social de Liebowitz	50
4.3.4 Escala de Comportamentos de Segurança	50
4.4 Procedimentos de Coleta dos Dados	51
4.5 Questões Éticas.....	52
4.6 Procedimentos de Análise dos Dados.....	53
5. RESULTADOS	54
5.1 Descrição e Composição da Amostra.....	54
5.2 Comportamentos de segurança mais utilizados por pacientes com transtorno de ansiedade social	55
5.3 Comportamentos de segurança mais utilizados por pacientes com ansiedade social de desempenho e interação.....	57
5.4 Diferenças nos escores dos testes entre os grupos de intervenção e controle após a intervenção.....	58
5.4.1 BAI	58
5.4.2 BDI	59
5.4.3 ECSAS.....	59
5.4.4 LSAS	59
5.5 Diferença entre os escores do Pré e Pós-teste para os participantes da intervenção....	60
5.5.1 BAI	60

5.5.2 BDI	61
5.5.2 ECSAS.....	61
5.5.3 LSAS	61
6. DISCUSSÃO	63
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS	72
ANEXOS	81
Anexo 1	81
Anexo 2	83
Anexo 3	88
Anexo 4	89
Anexo 5	90
Anexo 6	92

1 Introdução

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS), também conhecido como ansiedade social ou fobia social, é definido como medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. As principais situações temidas por ansiosos sociais envolvem interações sociais, desempenho ou ser observado (APA, 2014). Ainda segundo o DSM-V para uma pessoa ser diagnosticada com TAS o medo e a ansiedade devem interferir significativamente em sua vida causando prejuízo no funcionamento social, profissional e em outras áreas importantes da vida.

Dentre os fatores de manutenção do transtorno tem-se dado ênfase nos comportamentos de segurança. Tais comportamentos são definidos como estratégias disfuncionais de regulação emocional que tem função de prevenir desfechos temidos improváveis de acontecer. Seu uso tem uma propriedade de reforço negativo, causando redução de desconforto, a curto prazo, em situações sociais. Isto resulta em oportunidades perdidas de desconfirmação de medos sociais levando a um risco aumentado de manutenção da ansiedade social (Thomas et al., 2015).

Na atualidade as abordagens terapêuticas empiricamente testadas e reconhecidas como eficazes no tratamento da ansiedade social são a farmacoterapia, a terapia cognitivo-comportamental individual (TCCI) e em grupo (TCCG) (Ito, Roso, Tiwari, Kendall, & Asbahr, 2008). Dentre estas três modalidades a TCCG tem ganhado espaço nos serviços de saúde público e privado, já que, além de eficaz, consegue atender a um número maior de pacientes em um curto espaço de tempo, se comparado com a TCCI, por um ou dois terapeutas (Rangé, Pavan-Cândido, & Neufeld, 2017).

Visto que o interesse dos pesquisadores pelos comportamentos de segurança no transtorno de ansiedade social é relativamente recente e seu uso leva a um risco aumentado de manutenção do TAS se torna relevante expandir os estudos nessa área. Portanto, a presente

pesquisa tem por objetivo avaliar as alterações nos escores dos comportamentos de segurança após a ocorrência de intervenção psicoterápica cognitivo comportamental de grupo. Espera-se que ao fim do tratamento os ansiosos sociais tenham uma diminuição dos escores trazendo melhor qualidade de vida e performance social.

2 Revisão de Literatura

2.1 Transtorno de ansiedade social

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em sua 5ª edição DMS-V (APA,2014) define o Transtorno de Ansiedade Social, antes nomeado Fobia Social, como o medo ou ansiedade excessivos diante de situações sociais em que o indivíduo está sob escrutínio de outros. Tais situações envolvem um medo de ser avaliado negativamente pelo outro e incluem interações sociais (ex: interagir com o sexo oposto), desempenho (ex: apresentar um trabalho de faculdade) ou ser observado (ex: comer na frente de outros). Pessoas com este transtorno possuem um medo ou ansiedade desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social, portanto, comportamentos de evitação são comuns. O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento significativo acarretando em prejuízo na vida social, profissional e em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Nesta edição ocorre uma mudança significativa no que se refere aos subtipos de TAS. Anteriormente existiam os subtipos circunscrito e generalizado e atualmente existe o transtorno de ansiedade social do tipo desempenho. Este especificador caracteriza os indivíduos que possuem somente uma preocupação com desempenho e não temem ou evitam outros tipos de situações sociais. Os prejuízos geralmente são mais presentes na vida profissional, situações que requerem performance pública, vida acadêmica e escolar.

Outro manual muito utilizado é a Classificação Internacional de Doenças (CID). Sua nova versão, 11ª edição, está sendo confeccionada e uma pré-visualização foi disponibilizada, neste ano, de forma que os Estados Membros comecem os preparativos para implementação no país. Neste documento é possível encontrar uma breve definição do TAS, que muito se assemelha à proposta pelo DSM-5. Contudo, existem pontos de divergência. No DSM-5 ocorre uma mudança e surge o especificador “Tipo Desempenho”, já nesta versão do CID-11(WHO, 2018) esta classificação não fica explícita. Discussões mais aprofundadas sobre este e outros

tópicos ainda não são possíveis de serem realizadas uma vez que o documento não está em sua versão final.

É possível elencar alguns fatores principais que explicam a origem do Transtorno de Ansiedade Social. Knijnik (2008) aponta complexas interações entre fatores genéticos, cognitivos, biológicos, comportamentais e psicodinâmicos que interatuam com temperamento, características pessoais e o ambiente familiar. A presença de certa vulnerabilidade psicológica pode preceder o início dos sintomas. Assim como no DSM-V (APA,2014), Anteraper et al. (2014) menciona uma estimativa de prevalência de 12 meses do TAS de 7%. Rangé, et al. (2017) e Book e Randall (2002) estimam a prevalência da população em geral em torno de 5 a 13%. Em crianças e adolescentes, as taxas de prevalência de 12 meses, são comparáveis às dos adultos e decrescem com a idade. Já a prevalência de 12 meses para adultos mais velhos varia de 2 a 5%.

Seu início se dá comumente no começo da infância ou adolescência (APA, 2014; Heimberg & Magee, 2016; Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz, & Weissman, 1992).Um grande estudo epidemiológico teve como resultado relatos de quase metade da amostra ter sofrido do transtorno por toda a vida ou desde antes dos 10 anos de idade, indicando que a idade de início pode de fato ocorrer antes da adolescência (Schneier, et al., 1992). Liebowitz et al. (1985) e Öhman (1986) sugerem um período de início do TAS no começo da idade adulta. Hudson e Rapee (2000) sugerem como alternativa para abordar esta questão o exame da idade em que as crianças desenvolvem as primeiras preocupações de avaliação social ou tornarem-se autoconscientes, pois são esses temas que parecem ser centrais no transtorno de ansiedade social. Contudo, os autores ressaltam a necessidade de maiores pesquisas, já que ainda há alguma confusão sobre quando as preocupações com avaliação social são evidentes em crianças.

O transtorno é mais frequente em mulheres do que em homens (1,5:1) (APA, 2014; Picon & Knijnik, 2008). Uma possível explicação para taxas de gênero serem equivalentes ou um pouco mais altas para indivíduos do sexo masculino, nas amostras clínicas, se refere aos papéis de gênero e as expectativas sociais. Estes fatores explicariam o maior comportamento de busca de ajuda nesses pacientes (APA, 2014). O TAS é um dos quadros mais comuns, ficando atrás somente do transtorno depressivo maior, do abuso de álcool e da fobia específica (Heimberg & Magee, 2016; Kessler et al., 2005). Quadros comórbidos são muito frequentes, atingindo 70 a 80% das pessoas, e na maioria dos casos o TAS é anterior ao diagnóstico adicional, contudo, a busca por tratamento se dá somente quando o outro transtorno se manifesta. Os transtornos comórbidos mais comuns são fobia específica, agorafobia, depressão grave e transtornos relacionados ao abuso de álcool (Heimberg & Magee, 2016; Magge, Eaton, Wittchen, McGonagle & Kessler, 1996; Schneier et al. 1992).

Clark e Beck (2009) em seu livro “Terapia Cognitiva para os Transtornos de Ansiedade” descrevem um modelo cognitivo explicativo da ansiedade social que abarca três aspectos únicos desse transtorno: as emoções negativas dominantes, traduzidas em sentimentos de constrangimento e vergonha; os comportamentos inibitórios automáticos e comportamentos de segurança que atuam como fatores de manutenção da ansiedade, já que desintegram o desempenho social e causam a avaliação negativa dos outros e; a própria ansiedade já que os indivíduos acreditam que devem encobri-la a fim de evitar a avaliação negativa de terceiros. Para tal, o modelo é dividido em três fases: antecipatória, exposição real a situação social e processamento pós-evento.

A fase antecipatória pode ser desencadeada por diversos sinais contextuais que levarão a um processamento elaborativo forçado da situação social temida composto por um pensamento focado nos aspectos ameaçadores, na vulnerabilidade e incapacidade de satisfazer as expectativas de desempenho social e na recuperação de recordações tendenciosas que

iniciarão um processo ruminativo ansioso. Aqui, o comportamento de esquiva da situação social é fortemente presente já que é considerado a forma mais efetiva de eliminar a ansiedade antecipatória, contudo, nem sempre isso é possível e então o indivíduo entra na situação social com a ansiedade aumentada.

Na fase de exposição situacional os esquemas sociais mal adaptativos de vulnerabilidade e ameaça são ativados automaticamente e tem por consequência comportamentos inibitórios automáticos como postura tensa e rígida, fala desarticulada, muitas vezes gagueira e expressão facial contraída. Os ansiosos sentem-se incapazes de conter esses efeitos negativos presentes no desempenho social levando a uma percepção aumentada de vulnerabilidade pessoal e inabilidade social aumentando a ansiedade.

Outra consequência é o uso de comportamentos de segurança no intuito de minimizar ou evitar a avaliação negativa. Tais comportamentos são definidos como estratégias disfuncionais de regulação emocional que tem função de prevenir desfechos temidos que são improváveis de acontecer. O uso de comportamentos de segurança tem uma propriedade de reforço negativo, levando a reduções de desconforto a curto prazo em situações sociais. Já a longo prazo pode resultar em oportunidades perdidas de desconfirmção de medos sociais o que leva a um risco aumentado de manutenção da ansiedade social (Thomas et al., 2015).

A terceira consequência da ativação desses esquemas é uma atenção autocentrada aumentada durante as interações sociais resultando em hipervigilância e observação do próprio estado interno para rastreamento de sinais físicos, comportamentais ou emocionais que possam ser interpretados como sinais de ansiedade e perda de controle. A quarta e última consequência é a avaliação negativa secundária do próprio estado emocional, ou seja, ocorre uma mudança atencional automática para processar sinais internos e externos de ameaça social em que sinais de possíveis avaliações negativas são priorizados e sinais sociais externos de aceitação e aprovação são minimizados.

A última fase é denominada processamento pós-evento e envolve a lembrança e reavaliação detalhadas do próprio desempenho após uma situação social, possuindo papel fundamental para manutenção do transtorno, pois as avaliações são congruentes com os esquemas de ameaça e vulnerabilidade social aumentando a ansiedade antecipatória e a premência em evitar a interação social futura.

Na atualidade as abordagens terapêuticas empiricamente testadas e reconhecidas como eficazes no tratamento da ansiedade social são a farmacoterapia e a terapia cognitivo-comportamental individual (TCCI) e em grupo (TCCG) (Ito, et al., 2008). Estudos tem demonstrado que a TCCG é uma das mais indicada para o tratamento do TAS uma vez que o próprio grupo proporciona espaço para dramatizações, exposições, interação social, demonstrando para o paciente que ele não é o único que sofre deste transtorno, além do baixo custo se comparado com a TCCI (Rangé et al., 2017; Picon & Knijink, 2008).

2.2 Terapia cognitivo comportamental de grupo

Nas décadas de 1950 e 1960 surgiam as primeiras propostas de aplicação da terapia cognitiva comportamental, desenvolvidas para o contexto individual. Não obstante, pouco tempo depois Albert Ellis também iniciou sua aplicação em grupo (Rangé et al., 2017; Wessler, 1996). As primeiras intervenções grupais foram realizadas com pacientes deprimidos e posteriormente houve a expansão para outros transtornos como a esquizofrenia e os transtornos de ansiedade (Bieling, McCabe & Antony, 2009; Hollon & Shaw, 1979; Rangé et al., 2017).

Diversos estudos foram desenvolvidos para testar sua eficácia e apesar de inicialmente os resultados da TCCI terem sido melhores para pacientes depressivos, novas evidências surgiram equiparando estas duas modalidades e colocando a TCCG como superior a outras modalidades terapêuticas e também ao uso de antidepressivos (Bieling et al., 2009; Hollon & Shaw, 1979; Rangé et al., 2017).

A eficácia da TCCG não foi o único aspecto que a fez ganhar espaço no cenário dos serviços de saúde públicos e privados. De acordo com Rangé et al. (2017) o fato de um número maior de pacientes serem atendidos em um curto espaço de tempo, se comparado com a TCCI, por um ou dois terapeutas foi decisivo para sua expansão.

Quatro modalidades de grupos se destacam no campo da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). São eles: grupos de apoio, grupos de psicoeducação, grupos de orientação/treinamento e os grupos terapêuticos. Características de grupos de apoio são: ter como fator terapêutico o apoio entre participantes, encontros semanais, abertos e de conteúdo definido pelos integrantes. Comportam uma média de 15 membros e são característicos de ambulatorios. Em grupos de psicoeducação o terapeuta tem por objetivo prover informações e gerar conhecimento sobre as demandas dos participantes. As sessões são mais estruturadas, com duração de 4 a 6 semanas, também semanais, com uma média de 15 participantes ou mais e focadas na psicoeducação e resolução de problemas. Grupos de orientação ou treinamento buscam treinar os integrantes para que mudem cognitiva, comportamental e emocionalmente. São grupos fechados, semanais, contendo 15 participantes ou mais e duram em média oito semanas. Por fim, os grupos terapêuticos são os mais relatados na literatura em TCCG e trabalham com demandas específicas e ações estruturadas. São grupos fechados, semanais, com duração mínima de 12 sessões e com o máximo de 12 integrantes (Neufeld, Maltoni, Ivatiuk, & Rangé, 2017).

Apesar de diferirem em seus objetivos, todos os grupos devem cumprir aspectos técnicos para que alcancem um nível ótimo de funcionamento. O primeiro aspecto se refere a homogeneidade de objetivos. Ou seja, se o foco do grupo estiver em consonância e seus membros não destoarem, os mesmos experienciarão a sensação de pertencimento grupal, permitindo que o processo de TCCG se concretize. Outra característica é a configuração em grupos fechados. Nos primeiros encontros são delimitados aspectos referentes a permanência e

conclusão do grupo como por exemplo, atrasos e faltas. Vale ressaltar que grupos abertos podem ser desenvolvidos, contudo, a literatura em TCCG possui foco nos grupos fechados. Abordar a questão do sigilo e contrato terapêutico também são aspectos indispensáveis para bom funcionamento do grupo (Neufeld, et al., 2017).

A prática da TCCG no Brasil teve início nos anos finais da década de 80 e assim como nos moldes internacionais veio seguida da TCCI e ganhou espaço tanto no campo da pesquisa quanto da prática clínica em função de seu custo-benefício e facilidade de treinamento de terapeutas (Braga, Manfro, Niederauer, & Cordioli, 2010; Neufeld, Paz, Guedes, & Pavan-Cândido, 2015).

Os primeiros grupos em TCC desenvolvidos, com dados publicados, no Brasil foram das modalidades terapêutico e treinamento. Falcone, Del-Prette e Del-Prette, em 1998, realizaram estudos com treinamento de universitários para desenvolvimento de empatia e treinamento de habilidades sociais, respectivamente. Já os grupos terapêuticos foram desenvolvidos por Falcone, em 1989, no contexto da ansiedade social e ao longo do tempo as pesquisas foram se intensificando já que a modalidade grupal é tão indicada quanto a intervenção individual (Del Prette, Del Prette, & Barreto, 1998; Del Prette, Del Prette, Pontes & Torres, 1998; D'El Rey, Beidel, & Pacini, 2006; D'El Rey, Lacava, Cejkinski, & Mello, 2008; Falcone, 1989; Neufeld, et al., 2017; Penido, Giglio, Lessa, Carvalho, Souza, & Rangé, 2014).

2.3 Terapia cognitiva comportamental de grupo para ansiedade social

O objetivo da TCCG é quebrar o ciclo cognitivo-afetivo-comportamental dos ansiosos sociais. Para isso, é lançado mão de três componentes fundamentais: a reestruturação cognitiva, a exposição na sessão e a tarefa de casa (Picon & Knijnik, 2008). Seus benefícios podem ser mantidos por até cinco anos seguido do tratamento e incluem constante exposição do próprio

grupo, facilidade em simular dramatizações, situações sociais e realizar exposições, apoio mútuo entre participantes, aprendizagem a partir das vivências e dramatizações dos outros membros do grupo (Heimberg, Juster, Hope & Mattia, 1995; Heimberg, Salzman, Holt & Blendell, 1993). Em adição, a partir do momento em que os integrantes escutam o outro relatar um mesmo problema abre espaço para a modificação de crenças e mudança para uma postura mais ativa no tratamento (Picon & Penido, 2011). Já as desvantagens do tratamento grupal para a ansiedade social incluem a possibilidade de comportamentos de esquiva e evitação por parte dos participantes e a probabilidade de o terapeuta dirigir menos atenção aos problemas e crenças disfuncionais individuais (Scholing & Emmelkamp, 1993).

Diversos são os estudos realizados para investigar a eficácia da TCCG. Dogaheh, Mohammadkhani e Dolatshahi (2011) realizaram um estudo comparando as modalidades de TCC individual e em grupo. Os autores avaliaram o impacto na redução do medo da avaliação negativa e os resultados indicaram melhora nos dois grupos, entretanto o grupo TCCG teve maior efetividade. Outro estudo, desenvolvido por Mahoney e McEvoy (2012) investigou a mudança na variável intolerância à incerteza em participantes submetidos a TCCG com diagnóstico de TAS. Seus achados indicaram uma redução nesta variável, como também, melhora nos sintomas de TAS e depressão.

Mayo-Wilson et al. (2014) realizaram uma metanálise que comparou diferentes tratamentos para TAS e obtiveram como resultado a melhor efetividade do tratamento cognitivo comportamental individual e grupal em relação a terapia psicodinâmica, de suporte social e mindfulness. Koszyski, Benger, Shilk e Bradwejn (2007) compararam a TCCG à redução do estresse baseada em mindfulness e como resultado a TCCG foi associada a reduções significativamente maiores na ansiedade social auto avaliada e avaliada por clínicos.

Heimberg & Magee (2016) realizaram uma revisão de literatura com foco na intervenção psicossocial para o transtorno de ansiedade social que combina exposição e

reestruturação cognitiva, seus achados demonstraram uma superioridade na eficácia do tratamento quando ambos aspectos foram combinados. Uma metanálise realizada por Ougrin (2011) demonstrou diferença significativa em favor dessa combinação tanto imediatamente após o tratamento quanto em follow-ups. Heimberg, Dodge, Hope, Kennedy e Zollo (1990) e Heimberg et al. (1998) realizaram estudos comparando a TCCG com o uso de medicação (inibidor de monoaminoxidase fenelzina) e em seus resultados 50% dos pacientes que previamente haviam respondido ao tratamento tendo recebido tal substância, tiveram recaída, comparado a 17% dos que receberam TCCG.

Em resumo, são crescentes as evidências de que uma intervenção grupal de base cognitivo comportamental está entre os tratamentos mais indicados para diminuição dos sintomas do transtorno de ansiedade social e promoção de melhor qualidade de vida e performance social.

2.4 Comportamentos de segurança na ansiedade social

2.4.1 Histórico e Definição do Termo

Antes de adentrar nas definições e categorizações dos comportamentos de segurança é importante realizar uma distinção entre os mesmos e os mecanismos de enfrentamento adaptativos. Para isso, leva-se em conta o quão oportuno é utilizar tal comportamento e qual a sua função. Ou seja, a situação a ser vivenciada possui traços de ameaça real ou esses traços são sobrevalorizados? Com relação à função, a situação é evitada por medo de resultados que não são propensos a acontecerem ou são comportamentos habituais não relacionados à ocorrência da ansiedade? (Helbig-Lang & Petermann, 2010). Outra característica que diferencia os comportamentos de segurança de estratégias de enfrentamento adaptativas é o fato de o primeiro geralmente ser realizado na ausência de ameaça objetiva (Telch & Lancaster, 2012; Thwaites & Freeston, 2005).

O termo comportamento de segurança surgiu da teoria cognitiva (Salkovskis, 1991) e é utilizado para referir as estratégias de prevenção, ativas e passivas, que as pessoas usam para reduzir seus medos e desenvolver segurança (Bowie, 2015). Apesar de produzir o efeito de segurança, seu uso a longo prazo mantém o transtorno de ansiedade social agravando o problema (Beck, 2011).

Esta perspectiva proposta por Bowie (2015) complementa uma revisão relativamente recente dos efeitos dos comportamentos de segurança proposta por Helbig-Lang e Petermann (2010), que se concentrou na definição, categorização e conceitualização de comportamentos de segurança e como isso se relaciona com evidências empíricas.

Helbig-Lang e Petermann (2010) descrevem que os comportamentos de segurança podem surgir em função de pistas externas - situações, pessoas, atividades - como também pistas internas - pensamentos, memórias, situações - e seu papel é reduzir a experiência de sentimentos desagradáveis ou o risco de resultados temidos.

Os primeiros relatos da existência dos comportamentos de segurança nos transtornos de ansiedade ocorreram para o transtorno do pânico e posteriormente para o transtorno obsessivo compulsivo. Rachman (1984) foi um dos primeiros a categorizar o comportamento de segurança devido à sua função. O autor para descrever o comportamento compulsivo no transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), postulou que "os rituais de limpeza compulsivos são predominantemente restauradores enquanto que os rituais de verificação compulsiva são predominantemente tentativas de prevenção" (Rachman & Hodgson, 1980, p. 111). Já Salkovskis (1999) foi o primeiro a definir os comportamentos de segurança para o transtorno do pânico e os dividiu em 3 categorias: a) Evitação de situações; b) escapar de situações quando os sintomas da ansiedade são altos e, c) comportamentos de segurança sutis realizados durante ataques de pânico para evitar uma catástrofe temida. Tal termo foi posteriormente transferido para outros modelos de transtornos de ansiedade, como fobia social (Wells et al., 1995),

transtorno obsessivo-compulsivo (Salkovskis, 1999) e transtorno de estresse pós-traumático (Ehlers & Clark, 2000).

A definição proposta por Salkovskis (1991) delinea os comportamentos de segurança como uma evitação, velada ou aberta, de desfechos temidos provenientes de uma situação específica. No entanto, esta definição possui algumas limitações. A primeira é a falha na distinção entre comportamentos que são adaptativos e desadaptativos. A segunda falha é que esta classificação não captura uma característica central dos comportamentos de segurança em ansiosos sociais: a natureza errônea ou exagerada da ameaça.

Ainda utilizando como parâmetro norteador a função do comportamento de segurança, Helbig-Lang e Petermann (2010) tendo como base Rachman e Hodgson (1980) sugerem uma divisão dos comportamentos de segurança em preventivos e restaurativos. Os primeiros seriam utilizados para prevenir respostas emocionais futuras que geram angústia ou ansiedade. Os comportamentos incluem desde a fuga da situação até evitções sutis como a esquiva do contato visual ou preparação excessiva, no caso da ansiedade social, ou evitando tocar coisas que possam estar contaminadas e preocupantes, no caso do transtorno obsessivo compulsivo. No caso dos comportamentos de segurança restaurativos são realizadas ações para impedir a experiência emocional de ansiedade em uma situação temida. Tais comportamentos têm por objetivo reduzir os sintomas corporais relacionados à ansiedade ou a probabilidade percebida de consequências temidas, por exemplo, morrer, envergonhar-se, prejudicar a si próprio ou a outros. Exemplos incluem tentar se controlar ou suprimir respostas emocionais (por exemplo, supressão de pensamento, auto monitoramento) e, busca por segurança (por exemplo, chamar alguém para se acalmar, perguntar se tudo está bem) (Helbig-Lang & Petermann, 2010). Portanto, os comportamentos de segurança preventivos têm a função de suavizar a intensidade da exposição, de modo que o confronto com o estímulo ou a experiência temida está paralisado. Agora, os comportamentos restaurativos são utilizados de forma remediativa, ou seja, para

tentar que uma situação volte ao estado desejado se restaura a segurança da ocorrência de uma ameaça central percebida (Goetz, Davine, Siwiec & Lee, 2015).

Este tipo de definição explica muito bem a função dos comportamentos de segurança, mas como salientam Helbig-Lang e Petermann (2010) existe uma grande variedade de comportamentos diferentes (incluindo processos internos) que podem estar relacionados a essas categorias. Como tentativa de solucionar ou amenizar tal problema os autores sugerem uma tipologia bidimensional que leve em consideração a função (preventiva versus restaurativa) e a estratégia envolvida (comportamental versus cognitivo).

Telch e Lancaster (2012) apontam como limitação da definição proposta por Helbig-Lang e Petermann (2010) a atribuição de que a motivação subjacente ao uso dos comportamentos de segurança sempre será a redução ou prevenção da ansiedade, vista como uma emoção disfuncional. No entanto, é sabido que muitos pacientes lançam mão destes auxílios para prevenir, escapar ou atenuar a severidade de uma ameaça para além da emoção ansiedade.

Na tentativa de atenuar essas limitações, Telch e Lancaster (2012) propõem a seguinte definição: os comportamentos de segurança relacionados a ansiedade são ações desnecessárias utilizadas para prevenir, escapar de ou reduzir a severidade de uma ameaça percebida. Assim, na presente pesquisa esta definição será adotada como explicação para o papel dos comportamentos de segurança no transtorno de ansiedade social.

Helbig-Lang e Petermann (2010) descrevem os diferentes efeitos dos comportamentos de segurança para a persistência da ansiedade. Primeiramente, os comportamentos de segurança têm a possibilidade de ampliar o medo e ansiedade; em segundo lugar, apesar de reduzirem a sensação de ansiedade na situação, facilitam sua recorrência e persistência ao longo do tempo e; por fim, contribuem para o desenvolvimento da ansiedade clínica. A primeira hipótese decorre de modelos de transtorno de pânico e fobia social. Salkovskis (1991) sugeriu que o uso

de comportamentos de segurança leva a uma atribuição errada de segurança e controle percebidos em uma situação temida. O autor desenvolveu a hipótese de que os comportamentos de segurança usados de forma mal adaptativa impedem a desconfirmação inequívoca de crenças negativas, mantendo a veracidade percebida dessas crenças e medos relacionados (Salkovskis, 1996). Contudo, em termos da prática clínica, muitas vezes é difícil para o psicólogo discernir se os comportamentos para enfrentar a situação utilizados pelos pacientes são contraproducentes, e a evidência que examina esta questão é mista (Parrish, Radomsky & Dugas, 2008; Thwaites & Freeston, 2005).

Vários são os motivos de não se ter certeza do papel dos comportamentos de segurança no transtorno de ansiedade social e, Goetz et al. (2015) elencam alguns. O primeiro deles é com relação à definição dos comportamentos de segurança, que sofre muita ambiguidade podendo abranger desde comportamentos até estratégias mentais altamente diferentes. Essa grande quantidade de estratégias consideradas comportamentos de segurança podem diferir significativamente entre elas, especialmente no que se refere à adequação ou não. O segundo motivo é a variedade de definições desenvolvidas pelos estudiosos e pesquisadores do tema e as inconsistências entre elas. Esta variedade pode ocasionar consideráveis diferenças metodológicas quando forem operacionalizadas e levadas para o contexto de pesquisa.

Além das definições acima apresentadas existem outras teorias explicativas para os comportamentos de segurança. Alguns autores argumentam que tais comportamentos deveriam ser definidos pelo fato de o comportamento impedir ou permitir o processamento de informações de desconfirmação de ameaças (Telch & Lancaster, 2012). Apesar de parecer um meio razoável de avaliar o impacto dos comportamentos de segurança, seria problemático considerar isto uma forma de definição, já que, não é possível determinar em que medida o processo de desconfirmação ocorreria a priori - este é um processo cognitivo secreto que ocorre durante ou após a intervenção e, dada a incapacidade de observação a classificação seria difícil.

É inegável a importância do processamento de ameaças e de desconfirmação e sua influência na exposição, todavia, utilizá-los como sistema de categorização talvez não seja algo tão claro (Goetz, et al., 2015).

Outra classificação, proposta por Milosevic e Radomsky (2008), é baseada em se o comportamento de segurança é imposto pelo terapeuta ou iniciado pelo paciente. O inconveniente desta proposta é que se trata mais da forma de implementação dos comportamentos do que da classificação de atos ou comportamentos específicos (Goetz, et al., 2015).

Os esquemas acima mencionados detalham meios alternativos pelos quais os comportamentos de segurança podem ser classificados. No entanto, essas teorias são insuficientes ao permitir que clínicos e pesquisadores entendam classificações clínicas teoricamente significativas dos próprios comportamentos de segurança, em oposição às suas consequências (Goetz et al., 2015).

A partir de seus estudos Salkovskis (1991) percebeu que os pacientes tendem a engajar em comportamentos de segurança que estão conceitualmente ligadas as suas ameaças percebidas, ou seja, estão rigorosamente relacionados ao conteúdo da crença subjacente ao transtorno de ansiedade. Um exemplo é o do ansioso social que contribui minimamente em uma discussão em grupo por medo de parecer estúpido. Este achado explica a grande dificuldade de uma taxonomia universalmente aceita para comportamentos de segurança, uma vez que os mesmos estão conectados às percepções de ameaça específicas e, cada transtorno de ansiedade pode ser distinguido com base na ameaça central percebida. Destarte, o que tem se tentado é categorizar a multiplicidade de comportamentos de segurança relacionados a ansiedade e desenvolver estudos, separadamente, para os transtornos de ansiedade (Telch & Lancaster, 2012).

Wells et al. (1995) foram os primeiros a avaliar experimentalmente o papel dos comportamentos de segurança na ansiedade social. Os autores investigaram se o uso de comportamentos de segurança interferiu na eficácia da exposição a situações sociais temidas. Oito adultos ansiosos sociais participaram de duas exposições guiadas por terapeutas: um que havia instruções explícitas para diminuir o uso de comportamentos de segurança e outra com orientações que não mencionavam especificamente os comportamentos de segurança (condição "neutra"). A primeira condição resultou em maiores reduções na ansiedade, maiores reduções de crença no resultado temido e maiores classificações dos participantes sobre a eficácia da exposição do que a condição "neutra".

Piccirillo, Dryman, Heimberg (2015) apontam algumas formas com que o uso dos comportamentos de segurança em situações ansiogênicas mantém o transtorno de ansiedade social. Em primeiro lugar, os comportamentos de segurança impedem que os ansiosos sociais tenham experiências que desconfirmem seus pensamentos distorcidos ou que facilitem o surgimento de crenças mais adaptativas relacionadas as situações sociais (Clark, 2001; Clark & Wells, 1995; Heimberg et al., 2014; Hofmann, 2007; Rapee & Heimberg, 1997; Salkovskis, 1991; Wells et al., 1995). O segundo ponto é a atribuição de sucesso, quando exposto a situações ansiogênicas, ao uso dos comportamentos de segurança ao invés de suas próprias habilidades (Clark, 2001; Clark & Wells, 1995, Heimberg et al., 2014; Wells et al., 1995). Outra questão é a possibilidade real do uso de comportamentos de segurança aumentarem as chances de o resultado temido acontecer, posto que, pesquisas sugerem que o uso de tais comportamentos pode provocar uma avaliação negativa por pares (por exemplo, Alden & Bieling, 1998). Por conseguinte, utilizar comportamentos de segurança em situações geradoras de ansiedade social pode interferir na redução de crenças sobre auto eficácia e competência social, nas oportunidades de aprendizagem social, aumentar a atenção auto focada negativa como também

a ansiedade antecipatória de situações sociais futuras (Clark & Wells, 1995; Heimberg et al., 2014).

A orientação clínica oficial do Reino Unido recomenda que pacientes com transtorno de ansiedade social, que estejam em tratamento psicoterápico, se exponham a situações ansiogênicas sem lançar mão dos comportamentos de segurança, de forma a se beneficiar plenamente da exposição (NICE, 2005; 2011; 2013). Por outro lado, estudos também evidenciam que os comportamentos de segurança não são obrigatoriamente danosos para o processo terapêutico (Bandura, Jeffrey & Wright, 1974; Rachman, Radomsky & Shafran, 2008).

2.4.2 Relação com o modelo cognitivo da ansiedade social

Como o objetivo é dar ênfase aos comportamentos de segurança, nesta seção será avaliado qual o papel e as consequências do seu uso no transtorno de ansiedade social tendo como base o modelo cognitivo já explicado.

Como descrito acima, os comportamentos de segurança desempenham um papel de manutenção da ansiedade social. Esta afirmação é embasada a partir de experimentos que demonstram que ansiosos sociais são mais propensos a experimentar uma maior ansiedade, terem seu desempenho prejudicado e serem avaliados negativamente quando lançam mão de tais comportamentos em relação à quando não fazem (McManus, Sacadura, & Clark, 2008). Como relatam Telch e Lancaster (2012) utilizar tais comportamentos pode, paradoxalmente, causar uma avaliação negativa dos outros, como no caso dos ansiosos sociais que em uma conversação trocam poucas palavras devido ao medo de dizer algo estúpido e que outros o vejam como chato ou desinteressado.

Na fase de processamento pós evento, Clark e Wells (1995) sugerem que o foco principal é a ansiedade e as auto percepções negativas. Através do processo de ruminação, um ansioso social, após dar um discurso, pode estudar em detalhes seu desempenho. Ou seja, o

indivíduo irá recuperar seletivamente informações negativas sobre si mesmo ou sobre outras pessoas durante o discurso (Edwards, Rapee e Franklin, 2003), como uma pausa prolongada ou uma expressão facial negativa de um membro da audiência (Cassin & Rector, 2011). Como consequência as memórias do evento são adaptadas para se adequar a tais percepções negativas e reforçar as conclusões sobre si e sobre seu desempenho (Brozovich & Heimberg, 2008).

Embora se acredite que a ansiedade contribui para o processamento pós evento, também se pensa que os comportamentos de segurança desempenham algum papel (Hofmann, 2007). Evidências do papel de comportamentos de segurança no processamento pós evento são crescentes e, um exemplo, é o estudo realizado por Kiko et al. (2012) e Makkar e Grisham (2011) em que o maior uso de comportamentos de segurança durante um discurso foi associado a maior processamento pós evento naqueles com ansiedade social, controles não clínicos e estudantes de graduação.

Outra questão pouco compreendida é se existem diferenças na relação entre comportamentos de segurança e processamento pós evento no que se refere aos subtipos do primeiro. Hirsch, Meynen e Clark (2004) e Plasencia, Alden e Taylor (2011) dividem os comportamentos de segurança em comportamentos relacionados com a prevenção e comportamentos relacionados com a gestão de impressões. O primeiro são estratégias para reduzir o envolvimento em uma situação social, como evitar o contato visual. Já o segundo são tentativas de fazer uma impressão positiva em uma situação social, como ensaiar excessivamente o que dizer. Plasencia et al. (2011) investigaram os efeitos dos comportamentos de segurança entre os participantes com transtorno de ansiedade social. Os comportamentos de segurança relacionados à prevenção estavam associados a uma maior ansiedade durante uma interação social. Os comportamentos de segurança referentes à gestão de impressões impediram a desconfirmação de predições negativas sobre situações sociais futuras. Teorias (Clark & Wells, 1995; Hofmann, 2007) sugerem que tanto os comportamentos de segurança relacionados

a prevenção quanto os de gestão de impressões podem contribuir para o processamento pós evento. Apesar de tais achados, estudos nesta perspectiva ainda são escassos e maiores esclarecimentos são necessários para avaliar a especificidade de comportamentos de segurança e sua relação com o processamento pós evento.

Outra hipótese levantada por pesquisadores é a de que o uso de comportamentos de segurança pode influenciar a quantidade de envolvimento no processamento pós evento por indivíduos socialmente ansiosos após uma situação social. No que lhe diz respeito, o processamento pós evento pode servir como um catalisador para se envolver em futuros comportamentos de segurança. Outra hipótese é que os comportamentos de segurança interagem com cognições disfuncionais para prever o processamento pós evento, embora este relacionamento moderador ainda não tenha sido examinado diretamente (Piccirillo et al., 2015).

Outro ponto do modelo cognitivo que se relaciona com os comportamentos de segurança é a autoimagem. Tal termo é definido como a auto impressão construída e, na maioria das vezes, negativa, que ansiosos sociais utilizam para se inteirar de como os outros podem vê-los em situações sociais. No transtorno de ansiedade social a autoimagem é fundamental para manter cognições distorcidas e o viés atencional. Moscovitch et al. (2013) descobriram que os relatos de preocupações com o escrutínio e críticas por parte do observador predizem uma maior frequência de uso de comportamentos de segurança, que conseqüentemente prevê um impacto negativo maior após uma tarefa de discurso em laboratório. “Em conjunto, esses estudos sugerem que ter uma perspectiva negativa do eu, particularmente quando visto através da lente distorcida e auto focada da ansiedade social, aumenta o uso do comportamento de segurança e leva a afeto negativo e conseqüências negativas.” (Piccirillo et al., 2015, p.17)

2.4.3 Formas de acessar os comportamentos de segurança

Telch e Lancaster (2012) utilizam quatro fontes primárias de dados para mapear o perfil de comportamentos de segurança do paciente. Estas fontes perpassam pelos dados coletados na

entrevista com o paciente e outras pessoas significativas em sua vida; pelos dados de escalas psicométricas; dados coletados durante a observação in vivo do paciente; e dados relatados pelo paciente através de formas de auto monitoramento diário.

Os autores recomendam utilizar nas estratégias de entrevista sondagens abertas ou específicas, sendo esta última utilizada no caso de o paciente não conseguir fornecer informações úteis com as sondagens abertas. Alguns exemplos de perguntas fornecidas pelos autores: “me diga sobre as coisas que você se sente obrigado a fazer para se sentir mais seguro ou reduzir sua ansiedade quando está em uma situação temida” ou “fale-me sobre qualquer coisa que você sente que precisa fazer mentalmente (na sua cabeça) para se sentir mais seguro quando se encontra em uma situação temida” ou “existe alguma coisa que você tem que levar com você para se sentir mais seguro na situação, como medicamentos, números de telefone, água, etc.?” ou “você se encontra tentando se distrair enquanto está em uma situação temida?” ou “Você se vê evitando olhar as pessoas diretamente nos olhos quando fala com elas?” ou “Você repetidamente diz a si mesmo que tudo vai ficar bem?”.

Outra recomendação fornecida pelos autores é sondar se o paciente se sentiria mais ansioso caso fosse impedido de utilizar algum dos comportamentos identificados, destarte, é possível ter mais uma evidência de que tais comportamentos estão funcionando como comportamentos de segurança. Já que, de acordo com Telch e Lancaster (2012), para alguns pacientes um comportamento pode tornar-se tão automático que o mesmo não reconhece que suas ações constituem um comportamento de segurança.

A segunda forma de acessar os comportamentos de segurança é lançar mão de métodos in vivo. Uma prática muito comum na terapia de exposição, utilizada fortemente na América do Norte, consiste em expor o paciente a situações temidas criadas “artificialmente” em clínicas. Telch e Lancaster (2012) ressaltam que o fato de a maioria dos comportamentos de segurança serem observáveis torna o método in vivo uma forte ferramenta tendo grandes

vantagens, como a grande fidelidade associada ao uso de medidas comportamentais, além de alta validade ecológica.

A terceira ferramenta recomendada pelos autores para acessar tais comportamentos envolve a auto recordação diária dos comportamentos de segurança durante o curso do tratamento. Para Telch e Lancaster (2012) esta fonte de informação tem a vantagem de fornecer ao paciente e terapeuta um feedback contínuo relacionado ao uso de comportamentos de segurança pelo paciente durante todo o curso do tratamento.

A quarta forma de acessar os comportamentos de segurança utilizados na ansiedade social se dá através de instrumentos psicométricos. Telch e Lancaster (2012) citam algumas escalas/instrumentos fortemente utilizados no contexto clínico e de pesquisa. O primeiro deles é o Questionário de Comportamentos de Segurança (SBQ) desenvolvido por Taylor e Alden (2010). Tal instrumento é uma lista de 20 itens tirados do Questionário de Comportamento Social desenvolvido por Clark, Wells, Hackman, Butler & Fennell, (1994). O paciente avalia cada comportamento de segurança em uma escala de 9 pontos que varia de nada a todo o tempo. A avaliação psicométrica preliminar da escala indicou níveis aceitáveis de consistência interna e não foram encontradas informações sobre confiabilidade teste-reteste ou validade discriminante (Taylor & Alden, 2010). Outro instrumento é a Escala de Comportamentos de Segurança da Fobia Social desenvolvida por Pinto-Gouveia, Cunha, e Do Céu Salvador (2003). Composta por 15 itens classificados em uma escala de quatro pontos variando de nunca a geralmente. A escala também inclui dois itens em que o paciente tem a oportunidade de adicionar outros comportamentos de segurança não incluídos na lista de 15. Os dados psicométricos preliminares indicam que a escala possui boa consistência interna, confiabilidade teste-reteste aceitável e é capaz de distinguir pacientes com o transtorno de ansiedade social de pacientes com outros tipos de ansiedade ou pacientes controle (Pinto-Gouveia et al., 2003). A escala de Avaliação de Frequência de Evitação Sutil (SAFE), desenvolvida por Cuming e

colaboradores, é um instrumento de auto relato com 33 questões que investiga melhor o papel dos comportamentos de segurança na ansiedade social como também os resultados do tratamento. Tal instrumento demonstrou uma forte consistência interna, boa validade de construto e a capacidade de discriminar entre participantes clínicos e não clínicos (Cuming et al., 2009).

Tendo em vista as formas de acesso aos comportamentos de segurança acima descritas, elegeu-se a utilização de instrumentos psicométricos como a melhor e mais apropriada para desenvolvimento da presente pesquisa. Dentre os instrumentos mencionados, somente a Escala de Comportamentos de Segurança na Ansiedade Social (ECSAS) foi traduzida e validada para o Brasil. Desta forma, tal questionário foi escolhido como instrumento principal a ser preenchido pelos participantes da pesquisa e se torna válido discorrer sobre algumas de suas características.

Pinto- Gouveia et al. (2003) explicitam a pouca atenção dada as formas de acesso aos comportamentos de segurança, embora seja sabido que sua identificação e mudança consistam em importantes componentes da terapia cognitiva para o TAS. De acordo com os autores são raras as publicações de escalas que visam acessar tais comportamentos, dessa forma, o desenvolvimento de um questionário autoaplicável com o intuito de avaliar comportamentos de segurança que ansiosos sociais utilizam em situações temidas seria de grande relevância.

A partir de entrevistas clínicas com ansiosos sociais, os autores, construíram um instrumento inicial com 22 itens. Tais itens representaram os comportamentos de segurança mais utilizados pelos entrevistados. Em seguida, os participantes avaliaram, em uma escala de 4 pontos, a frequência com que usavam os comportamentos de segurança uma vez que se encontravam em uma situação temida. Destes relatos, foi feito um estudo de correlação que levou a eliminação de 7 itens, resultando em uma escala de 15 itens. Os autores adicionaram ao fim destes 15 itens um espaço onde o participante poderia adicionar dois outros

comportamentos frequentemente utilizados. Assim, foram extraídas mais duas opções: “Tentar disfarçar o meu tremor” e “Pensar bem no que vou dizer”. Outros exemplos de comportamentos de segurança utilizados na escala são: “Desviar ou evitar o olhar da pessoa com quem está interagindo”; “Andar olhando para o chão”; “Pôr as mãos nos bolsos”; “Verificar, repetidamente se estou apresentável”; “Evitar atrair as atenções”.

Para construção e validação da escala foram entrevistados três grupos distintos: o primeiro foi composto por um grupo de indivíduos da população geral (534 indivíduos – 315 estudantes e 219 membros da comunidade); no segundo grupo participaram 76 indivíduos que buscaram tratamento do Departamento de Psicoterapia Cognitiva Comportamental da Unidade Psiquiátrica do Hospital da Universidade de Coimbra e foram diagnosticados com o Transtorno de Ansiedade Social; o último grupo foi composto por 45 participantes diagnosticados com transtornos de ansiedade que também buscaram tratamento na Unidade Psiquiátrica do Hospital da Universidade de Coimbra (29 indivíduos com transtorno do pânico, 13 com transtorno obsessivo compulsivo, 1 com transtorno de ansiedade generalizada e 1 com fobia simples). Os autores adotaram e recomendam como forma de correção da escala o escore 36 como ponte de corte (Pinto-Gouveia et al. 2003).

A partir das análises estatísticas realizadas se foi constatado que a ECSAS possui uma boa consistência interna, com o Alfa de Cronbach de 0.82 para o grupo da população geral; 0.82 para o grupo de ansiosos sociais e 0.87 para o grupo de transtornos de ansiedade. O coeficiente de correlação teste-reteste da escala foi de 0.69; o estudo de confiabilidade teste-reteste para a população clínica não foi realizado em função da ausência de uma lista de espera.

A Escala de Comportamentos de Segurança na Ansiedade Social mostrou ser internamente consistente, possuir uma confiabilidade aceitável teste-reteste na população normal e discriminar de forma confiável os fóbicos sociais generalizados de fóbicos sociais não generalizados, pacientes com outros transtornos e indivíduos normais. Contudo, Pinto-Gouveia

et al. (2003) reiteram o fato de que os itens 16 e 17 não foram avaliados, dessa forma, pesquisas futuras devem investigar a correlação item-total de tais itens, bem como sua influência na consistência interna da escala. Além disso, estudos futuros também devem examinar a confiabilidade teste-reteste da ECSAS em um grupo de fóbicos sociais.

Dessa forma, Burato, Crippa, Loureiro (2009) desenvolveram um estudo com o objetivo de avaliar a fidedignidade e a validade da ECSAS, pretendendo verificar a associação do TAS a processos cognitivos e a comportamentos de segurança, após a sua adaptação semântica para o português do Brasil.

Os autores avaliaram 155 sujeitos de ambos os sexos, distribuídos em dois grupos: 1) grupo de casos – composto por 80 estudantes universitários portadores de TAS) grupo de não casos – composto por 75 estudantes universitários, que não preencheram os critérios diagnósticos para o TAS.

Burato et al. (2009) utilizaram como ponto de corte para correção da escala o escore 36. Através de análises estatísticas obteve-se uma boa consistência interna da ECSAS, que foi avaliada pelo alfa de Cronbach para escala como um todo, apresentando um valor de $\alpha = 0,92$. Com base na comparação teste-reteste para o escore total da escala, o valor de Kappa ponderado foi de 0,73, que corresponde a um índice de concordância satisfatória. E, ao se analisar a validade discriminante, verificou-se que a ECSAS apresentou valores adequados de sensibilidade e de especificidade na identificação dos portadores de TAS, em comparação a um instrumento padrão-ouro (SCID-IV) (Burato et al., 2009).

A partir dos dados acima expostos, pode-se concluir que a Escala de Comportamento de Segurança na Ansiedade Social, criada por Pinto-Gouveia et al. (2003) e traduzida e validada por Burato et al. (2009), possui boas características psicométricas, auxiliando na avaliação sistemática dos padrões de comportamentos de segurança na Ansiedade Social. Assim, tal instrumento será adotado como medida principal deste estudo.

2.5 Revisão sistemática em ansiedade social, comportamentos de segurança e terapia cognitiva comportamental

Foi realizada uma revisão sistemática de literatura acerca dos artigos que abordavam os temas: transtorno de ansiedade social, comportamentos de segurança e terapia cognitiva comportamental. Foram consultadas as bases de dados: Scopus, Web of Science e Pubmed. Os termos com operadores booleanos “safety behavior*” AND “cognitive behavioral therapy” AND “social anxiety*” foram mesclados entre si, gerando 9 combinações utilizadas como descritores na realização das buscas. Os critérios de inclusão para os artigos encontrados foram ter como foco a ansiedade social e comportamentos de segurança ou ansiedade social e TCC ou comportamentos de segurança e TCC, estarem escritos em inglês, português ou espanhol, terem o recorte temporal de 10 anos e sua versão completa estar disponível de forma gratuita. Como critérios de exclusão utilizou-se: a) outras revisões de literatura; b) teses de doutorado e dissertações de mestrado; c) livros ou capítulos de livros; d) artigos que avaliavam comportamentos de segurança, mas utilizavam outros transtornos de ansiedade como pânico, agorafobia, fobia específica, etc. e) editoriais. A partir destes critérios, foi realizada leitura do título e resumo, e, em seguida, excluídos os estudos duplicados.

A análise dos estudos incluídos na revisão se baseou nas diretrizes propostas no relatório PRISMA (Liberati et al., 2009), ou seja, os artigos foram avaliados quanto sua estrutura e conteúdo. Tópicos referentes à introdução, método, resultados e conclusão foram elencados e pontuados e aqueles que alcançaram a pontuação 20 ou mais foram selecionados para leitura integral e fichamento.

Os procedimentos supracitados foram realizados entre Maio e Junho de 2018. A busca nas bases de dados retornou um total de 307 artigos (Scopus: 116, Pubmed: 50, e Web of Science: 141). Foram excluídos os artigos duplicados e realizada a análise do título e resumo. Após esta etapa, 50 artigos foram selecionados por apresentarem como foco os temas de

interesse. Estes, foram lidos, fichados e avaliados de acordo com os critérios PRISMA. Serão apresentados os estudos relevantes para a discussão do presente trabalho.

Nos estudos encontrados destaca-se a constante, nas conclusões, de que os comportamentos de segurança atuam como um dos fatores de manutenção do transtorno de ansiedade social. Rowa, et al. (2014) objetivaram examinar o desempenho em uma tarefa de fala, investigar se o uso de comportamentos de segurança poderia ajudar a explicar porque o desempenho tende a ser prejudicado no TAS e verificar se o uso de comportamentos de segurança durante a tarefa de fala mediará a relação entre os grupos e as classificações de desempenho. Os resultados demonstraram que o desempenho de pessoas com TAS eram mais pobres que as dos dois grupos de controle. Além disso, o uso de comportamentos de segurança durante o discurso foi fortemente mediado pela relação entre o grupo de TAS e as avaliações de desempenho dos observadores. Tais resultados são consistentes com os modelos contemporâneos cognitivo-comportamentais e interpessoais de TAS e sugerem que as habilidades de desempenho dos indivíduos socialmente ansiosos podem ser prejudicadas pelo uso dos comportamentos de segurança.

Taylor e Alden (2010) realizaram dois estudos para examinar o efeito dos comportamentos de segurança sobre os julgamentos sociais de estudantes de psicologia socialmente ansiosos (Estudo 1) e indivíduos que atendem aos critérios de diagnóstico para TAS (Estudo 2) durante interações sociais controladas. Os resultados corroboraram as teorias cognitivas de ansiedade e apoiam o papel mantenedor dos comportamentos de segurança na persistência de julgamentos sociais negativos no TAS.

McManus, Sacadura e Clark (2008) buscaram explorar ainda mais a natureza, a incidência e os efeitos percebidos e reais dos comportamentos de segurança em indivíduos com altos e baixos níveis de ansiedade social. Para isso, realizaram dois estudos: no primeiro, os participantes foram solicitados a responderem um questionário e uma entrevista

semiestruturada sobre as estratégias utilizadas para evitar que suas previsões negativas aconteçam em situações de ansiedade social, ou seja, seus comportamentos de segurança. Já o segundo, utilizou um desenho de medidas repetidas, contrabalanceado para efeitos de ordem, a fim de comparar os efeitos do uso ou não de comportamentos de segurança e atenção auto focada. Os dois estudos forneceram como resultados evidências do papel de manutenção dos comportamentos de segurança e da atenção auto focada no modelo cognitivo da fobia social. Com o primeiro estudo foi possível estabelecer que a ansiedade social está associada ao uso mais frequente de uma gama maior de comportamentos de segurança diferentes, em grande quantidade de situações. Também se confirmou que indivíduos com alta e baixa ansiedade social acreditam que seus comportamentos de segurança são úteis na redução de sua ansiedade, reduzindo a chance de seus medos sociais serem percebidos e melhorando tanto seu desempenho quanto a impressão que eles dão aos outros. Já o segundo estudo, demonstrou que os comportamentos de segurança e a atenção auto focada são inúteis em vários níveis. Neste estudo, os comportamentos de segurança utilizados não foram comportamentos idiossincráticos do participante, mas um conjunto padrão de comportamentos de segurança que eram considerados típicos de pacientes socialmente fóbicos. Assim, nesta pesquisa foi possível concluir que os comportamentos de segurança desnecessários são aqueles típicos do transtorno de ansiedade social, pois aumentam a ansiedade, aumentam a crença em fatores sociais, medos, a percepção de que a pessoa parece mais ansiosa e de que seu desempenho geral foi pior. As descobertas realizadas por McManus, et al. (2008) sugerem que qualquer déficit de desempenho observado na fobia social pode ser explicado pelo uso de comportamentos de segurança e atenção auto focada, ao invés de serem vistos como déficits de habilidades sociais. Os autores também apontam para a necessidade de reduzir o uso de comportamentos de segurança e atenção auto focada no tratamento da fobia social.

Um estudo que corrobora os achados supracitados é o de Okajima, Kanai, Chen e Sakano (2009). Os autores examinaram o efeito do comportamento de segurança na manutenção da ansiedade e da crença negativa no TAS, utilizando a Modelagem de Equações Estruturais (MEE). Os participantes formaram um grupo saudável (442 pessoas) e um grupo de ansiosos sociais (46 pessoas). O grupo de ansiosos sociais foi composto por pessoas que preencheram os critérios do TAS para o DSM-IV e tiveram altos escores de sintomas. O presente estudo revelou que o comportamento de segurança contribui para a manutenção da ansiedade e da crença negativa no TAS. Através das análises foi descoberto que o comportamento de evitação e o comportamento de segurança têm um efeito diferente na ansiedade e na crença negativa. Realizando uma comparação entre os grupos foi possível constatar que enquanto o comportamento de evitação afeta a ansiedade, dificilmente afeta a crença negativa em ambos os grupos. Já as influências do comportamento de segurança na ansiedade e na crença negativa no grupo de TAS foram maiores do que as do grupo saudável. De acordo com os autores, os resultados do presente estudo são interessantes porque, embora o escore da escala “Avoidance Behaviour In-situation Scale” (ABIS) não seja diferente entre o grupo saudável e o grupo com TAS, a influência do comportamento de segurança nos sintomas de TAS é diferente entre os dois grupos. Uma explicação para este achado é o fato de os ansiosos sociais correlacionem o comportamento de segurança com imagens de consequências catastróficas, embora tanto os indivíduos saudáveis quanto os portadores de TAS utilizem o comportamento de segurança nas situações. Okajima et al. (2009) chamam atenção para o fato de que a ligação entre o comportamento de segurança e a crença negativa é mais precisa em ansiosos sociais do que pessoas saudáveis, enquanto a frequência no uso de comportamentos de segurança é equivalente em ambos os grupos. Os autores salientam que embora a relação causal entre as variáveis possa ser esclarecida em algum nível pelo uso do MEE, estudos futuros

são necessários para examinar a mudança nos sintomas de ansiedade social quando os comportamentos de segurança estão em operação.

Stevens et al. (2010) em um estudo transversal e de intervenção comportamental objetivaram avaliar as variáveis derivadas do modelo cognitivo como preditores do desempenho social. Os resultados da pesquisa apontaram participantes com TAS relatando mais ansiedade, mais sintomas físicos, cognições negativas, maior atenção auto focada e mais comportamentos de segurança. Os resultados sublinham a importância das intervenções direcionadas, reduzindo a atenção auto focada, comportamentos de segurança e cognições disfuncionais, já que a redução desses marcadores pode ser benéfica para aumentar o tempo de conversa, que, neste estudo, emergiu como o preditor mais forte de desempenho social percebido pelo observador.

Schmidt et al. (2012) tiveram por objetivo testar a eficácia de um tratamento breve (5 sessões) administrado individualmente para transtornos de ansiedade. O F-SET é um tratamento transdiagnóstico focado na identificação e eliminação dos falsos comportamentos de segurança. O F-SET centra-se principalmente na eliminação da ansiedade, mantendo comportamentos e estratégias cognitivas (os chamados "comportamentos de segurança") entre indivíduos que sofrem de uma série de transtornos de ansiedade. Além de demonstrar sua eficácia, produziu-se melhores resultados em relação a condição controle e os pacientes evidenciaram melhoras na ansiedade social e depressão.

O artigo de Riccardi, Korte e Schmidt (2016) teve por objetivo replicar o estudo desenvolvido por Schmidt et al. (2012). Seus achados foram parecidos com o do primeiro estudo, dando suporte a eficácia e a durabilidade do F-SET em indivíduos com uma série de transtornos de ansiedade. Pacientes que participaram da intervenção F-SET apresentaram melhoras nos sintomas ansiosos, na evitação de situações provocadoras de ansiedade e comprometimento funcional e depressão. Consistente com outros protocolos de tratamento

transdiagnóstico baseados em Terapia Cognitivo Comportamental, os resultados deste estudo sugerem grandes efeitos para o tratamento com F-SET.

Os autores Langer e Rodebaugh (2013) ao desenvolverem sua pesquisa também obtiveram resultados que apoiaram o papel de manutenção dos comportamentos de segurança. O objetivo do estudo foi testar se a evitação do olhar é efetiva na redução da ansiedade para indivíduos com ansiedade social durante pequenas conversas sociais entre pares. Os resultados foram consistentes com a teoria de que a evitação do olhar está relacionada ao aumento da ansiedade ao longo do tempo para aqueles com maior ansiedade social em encontros sociais relativamente amigáveis. Este achado está em linha com pesquisas anteriores sobre comportamentos de segurança, ou seja, embora destinados a regular ou esconder a ansiedade, tais comportamentos tendem a mantê-la ao longo do tempo.

De Los Reyes et al. (2015) levantaram a hipótese de que adolescentes portadores de variação alélica para sintomas de ansiedade evidenciarão uma associação positiva mais forte entre sintomas de ansiedade social e comportamentos de segurança, em relação aos adolescentes que não apresentavam variação alélica. Em consonância com a pesquisa e a teoria anteriores relacionadas à ansiedade e aos moderadores genéticos da psicopatologia, a variação alélica do risco de sintomas de ansiedade moderou essa relação, de modo que se observou uma relação de grande magnitude e positiva entre sintomas de ansiedade social e comportamentos de segurança, mas apenas para aqueles adolescentes portadores de variação alélica para sintomas de ansiedade. Essas descobertas ainda suportam iniciativas para investigar múltiplos domínios de funcionamento e seus vínculos com a psicopatologia, bem como fornece suporte adicional para fatores biológicos relacionados ao comportamento relacionado à ansiedade. É possível que esses fatores biológicos representem risco para o desenvolvimento de sintomas cognitivos e comportamentais de ansiedade social e também podem tornar o tratamento de

exposição usualmente utilizado menos efetivo. No entanto, essas noções são especulativas e, portanto, merecem mais estudos.

Estudos recentes têm pontuando que as taxas de recusa e abandono para tratamento baseado em exposição variam entre 0% e 27% para a fobia social (Feske & Chambless, 1995). Tendo este cenário, Milosevic e Radomsky (2013) ressaltam a possibilidade de o medo associado a certas técnicas de TCC, como a exposição e prevenção de resposta, ser um obstáculo importante para o início e conclusão do tratamento. Desta forma, o objetivo do estudo destes autores foi investigar o grau de aceitabilidade e preferência do tratamento em função do uso do comportamento de segurança (judicioso versus desencorajado) e do raciocínio do tratamento (cognitivo versus extinção). A partir dos resultados, pode-se perceber que tratamentos que promovem o uso criterioso do comportamento de segurança receberam classificações significativamente maiores de endosso, aceitabilidade e aderência e classificações significativamente mais baixas do desconforto antecipado do que aqueles que desencorajam seu uso. Em termos de racionalidade do tratamento, observou-se uma tendência de aceitabilidade e adesão com tratamentos que apresentaram uma razão cognitiva avaliada como mais aceitável e fácil de aderir do que aqueles que apresentaram uma justificativa de extinção. A descrição do tratamento mais bem classificada aprovou o uso judicioso de comportamentos de segurança e apresentou uma lógica cognitiva. Essas descobertas preliminares são consistentes com a posição de Rachman, et al. (2008) de que o uso judicioso do comportamento de segurança tem potencial para facilitar os tratamentos baseados na exposição, tornando os estágios iniciais da terapia mais aceitáveis e toleráveis.

Levy, Senn e Radomsky (2014) replicaram o estudo desenvolvido por Milosevic e Radomsky (2013) e seus achados revelaram que o tipo de tratamento (cognitivo versus extinção) teve um impacto maior nos escores da escala “Endorsement and Discomfort Scale” quando o comportamento de segurança foi oferecido em comparação com quando foi

desencorajado. Novamente, o tipo de tratamento (cognitivo versus extinção) teve um efeito maior nos escores de TAS quando o comportamento de segurança foi usado judiciosamente quando comparado ao momento em que foi desencorajado.

Kocovski et al. (2016) desenvolveram um estudo para avaliar mais a fundo a validade da versão de 17 itens da Escala de Comportamentos de Segurança na Ansiedade Social (ECSAS), desenvolvida por Pinto-Gouveia et al. (2003), em uma amostra norte-americana e examinar se a escala pode ser usada como uma ferramenta de avaliação dos comportamentos de segurança utilizados em situação geradoras de ansiedade. Tomados em conjunto, os resultados indicam que tal instrumento é uma medida bidimensional com boa validade de construção e critério e que pode ser usado como uma escala específica da situação, avaliando o uso de comportamentos de segurança durante o desempenho social e nas tarefas de interação. Um dos pontos fortes desta pesquisa é a identificação de duas categorias empiricamente distintas de comportamentos de segurança medidos pela ECSAS, nomeadamente comportamentos inibitórios (por exemplo, evitando o contato visual, fingindo não ver alguém) e aqueles realizados para gerenciar sintomas físicos de ansiedade (por exemplo, rindo para esconder o nervosismo). Contudo, a ECSAS tem suas limitações, especificamente pode não capturar adequadamente os comportamentos de segurança realizados para gerenciar as impressões dos outros. Destarte, mais estudos devem ser realizados fornecendo uma orientação mais definida para o uso futuro dessa ferramenta de avaliação.

Burato et al. (2009) desenvolveram um estudo para avaliar a fidedignidade e a validade da escala autoaplicável “Social Phobia Safety Behaviours Scale” (ECSAS), criada por Pinto-Gouveia, et al. (2003), visando verificar a associação do transtorno de ansiedade social a processos cognitivos e a comportamentos de segurança. Participaram 155 sujeitos de ambos os sexos, distribuídos em dois grupos: 1) grupo de casos – composto por 80 estudantes universitários portadores de TAS e 2) grupo de não casos – constituído por 75 estudantes

universitários, que não preencheram os critérios diagnósticos para o TAS. Os autores ressaltam as boas características psicométricas: quanto à confiabilidade, a escala apresentou estabilidade dos padrões de comportamento; bons indicadores de validade discriminante com a entrevista clínica estruturada (SCID-IV); e boa validade convergente com um inventário de sintomas do Transtorno de Ansiedade Social (SPIN/MS). Estes achados sugerem a associação dos padrões comportamentais de segurança e evitação às manifestações sintomáticas do TAS, caracterizando o envolvimento das cognições associadas à ansiedade social.

Schreiber, Heimlich, Schweitzer e Stangier (2015) apontam que muitos estudos ressaltam a eficácia da TCC para o tratamento do TAS, contudo, ainda não se é claro qual fator da intervenção está associado à diminuição da ansiedade durante o curso do tratamento. Assim, os autores conduziram um estudo para avaliar o impacto de uma intervenção denominada como “experimento de atenção auto focada e comportamentos de segurança” no resultado do tratamento para TAS. Para alcançar tal objetivo, os autores realizaram um estudo controlado randomizado, composto por 16 sessões de terapia cognitiva individual (CT) ou terapia interpessoal (IPT) para TAS. Além disso, realizaram de forma concomitante, análises de serie temporal para investigar o impacto do “experimento de atenção auto focada e comportamentos de segurança” na subsequente ansiedade social (1, 2, 3 e 4 semanas após a intervenção) em 32 pacientes com TAS, que estavam recebendo tratamento cognitivo. O experimento foi correlacionado com níveis significativamente mais baixos de ansiedade social 2 e 4 semanas depois. As avaliações realizadas 1 e 3 semanas depois, também detectaram uma tendência na mesma direção. A partir de tais achados é possível pressupor que esses experimentos estão de fato associados a um declínio significativo da ansiedade social ao longo das semanas subsequentes. Isto ratifica o modelo cognitivo do TAS que sugere que comportamentos de segurança e atenção auto focada contribuem para a manutenção do TAS, uma vez que a manipulação de ambos leva a reduções na ansiedade social.

Por fim, Desnoyers, Kocovski, Fleming e Antony (2016) apontam que a atenção auto focada (SFA) e os comportamentos de segurança são duas variáveis implicadas na manutenção do transtorno de ansiedade social. Portanto, os autores desenvolveram um estudo que examinou a SFA e comportamentos de segurança em duas terapias para TAS: Terapia Cognitivo Comportamental Grupal (TCCG) e Mindfulness e Terapia de Grupo baseada na Aceitação (MAGT). A hipótese era que os comportamentos de segurança mediarão a relação entre SFA e ansiedade social. Confirmando a hipótese, os indivíduos em ambos os grupos de tratamento tiveram diminuições significativas na atenção auto focada e comportamentos de segurança ao longo do tempo em comparação com aqueles no grupo controle, mas os dois grupos de tratamento não diferiram entre si. Não houve diferenças entre os grupos nas análises moderadas de mediação. Os comportamentos de segurança mediarão a relação entre a atenção auto focada e a ansiedade social em ambos os grupos de tratamento e a atenção auto focada também foi um mediador significativo entre comportamentos de segurança e ansiedade social em ambos os grupos. Em geral, os achados do estudo sugerem que mesmo que os dois tratamentos tenham utilizado técnicas diferentes, ambos visaram esses fatores de manutenção. O estudo empregou o uso de HLM, uma abordagem estatística que permite a modelagem simultânea de ambos os efeitos - dentre pessoas e entre pessoas.

3 Delineamento da Pesquisa

3.1 Hipótese e problema de pesquisa

Os estudos supracitados deixam claro o consenso de que os comportamentos de segurança desenvolvem um papel de manutenção no transtorno de ansiedade social. Bem como existem evidências de que tratamentos voltados para o uso judicioso de comportamentos de segurança e focados nos aspectos cognitivos possuem melhores resultados. Portanto, a presente pesquisa buscou avaliar os escores dos comportamentos de segurança utilizados por ansiosos sociais submetidos à terapia cognitiva comportamental de grupo. A hipótese inicial é que existe uma diminuição nos escores dos comportamentos de segurança após ansiosos sociais terem participado de uma intervenção terapêutica focada na psicoeducação do transtorno e em estratégias para lidar com a ansiedade. Este trabalho se justifica uma vez que pesquisas envolvendo a temática são recentes e estudos desenvolvidos com a população brasileira são escassos. Desta forma, poderão ser apontadas novas contribuições e direcionamentos futuros para a área.

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo geral

- Avaliar se ocorrem alterações nos escores dos comportamentos de segurança após a ocorrência de intervenção psicoterápica cognitivo comportamental de grupo.

3.2.2 Objetivos específicos

- Identificar quais são os comportamentos de segurança mais usados por pacientes com transtorno de ansiedade social.

- Avaliar se existe uma variação entre os comportamentos de segurança mais utilizados por pacientes com ansiedade social de desempenho e interação.

4 Metodologia

4.1 Desenho do estudo

O presente estudo caracteriza-se por um ensaio clínico não randomizado, foi desenvolvido em conjunto com o projeto “A efetividade da terapia cognitivo-comportamental de grupo em pacientes com fobia social: pesquisa e extensão” elaborado pelo Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social (NEVAS) no Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). A título de divulgação tal projeto foi denominado como “Grupo de Tímidos”.

4.2 Participantes e seleção da amostra

A divulgação do “Grupo de Tímidos” ocorreu através dos meios de comunicação e redes sociais da cidade. A população alvo foi constituída por ansiosos sociais que tiveram conhecimento e interesse no grupo. A seleção da amostra deste estudo se deu através de triagens que objetivaram delimitar as características dos indivíduos para eleger aqueles com compatibilidade de sintomas e convidá-los a participarem da intervenção clínica. Para determinar um possível diagnóstico de ansiedade social e até mesmo sintomas que configuram fobia social, os participantes responderam: a uma entrevista clínica padrão do CPA, a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS), ao Inventário de Ansiedade do Beck (BAI), Inventário de Depressão do Beck (BDI) e a Escala de Comportamentos de Segurança na Ansiedade Social (ECSAS), que serão descritas em detalhes na sessão Instrumentos. Adotou-se como critérios de inclusão: ter feito a inscrição no Centro de Psicologia Aplicada da UFJF, ter entre 18 e 60 anos, apresentar traços que caracterizam ansiedade social, não estar realizando outro tipo de atendimento psicológico e passar pela avaliação da triagem. Já os critérios de exclusão envolveram o participante relatar outros tipos de transtornos ou comorbidades graves como esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão grave que foram investigadas pelo psicólogo triagista e discutidas em supervisão como também estar fora da faixa etária especificada. Aos

participantes que preencheram os critérios de exclusão ofereceu-se encaminhamento para terapia individual e todo suporte necessário.

Para a determinação do tamanho da amostra que foi submetida a intervenção foi realizado um cálculo estatístico que levou em consideração a prevalência de ansiosos sociais na população (13%, de acordo com Book e Randall, 2002; Rangé, et al., 2017), uma margem de erro de 8% e um nível de confiança de 95%. Como resultado, obteve-se um tamanho da amostra estimado de 89 participantes.

O grupo controle foi composto pelos participantes que passaram pela triagem, estiveram aptos a participarem da intervenção, mas que por motivos adversos desistiram. Estes, foram convidados a responderem uma entrevista de controle de qualidade do projeto “Grupo de Tímidos”, destarte foi possível reaplicar todos os instrumentos, compondo os pós-testes deste grupo.

4.3 Instrumentos

4.3.1 BAI

O Inventário de Ansiedade do Beck (BAI) tem por objetivo avaliar os sintomas ansiosos em pacientes deprimidos. É composto por 21 questões e o respondente avalia o quanto foi incomodado por cada sintoma durante a última semana, dentro de uma escala de 4 pontos que varia entre 0 (não a todas) e 3 (severamente). O escore total pode variar entre 0 e 63 e as categorias de pontuação são: grau mínimo de ansiedade (0 a 7 pontos); ansiedade leve (8 a 15 pontos); ansiedade moderada (16 a 25 pontos) e ansiedade severa (26 a 63 pontos) (Cunha, 2001). A versão auto aplicada de tal instrumento apresentou boas propriedades de validação a partir dos trabalhos desenvolvidos por Cunha (2000).

4.3.2 BDI

O Inventário de Depressão do Beck (BDI) é uma escala de auto relato para levantamento da intensidade dos sintomas depressivos. É composta por 21 itens, os quais o respondente avalia o quanto de incomodo sentiu por cada sintoma durante a última semana, dentro de uma escala de 4 pontos que varia entre 0 (não a todas) e 3 (severamente). O resultado é classificado em: ausência de sintomas (0 a 9); depressão leve (10 a 15); depressão moderada (16 a 19); depressão moderada grave (20 a 29) e depressão grave (30 a 63) (Cunha, 2001). A versão auto aplicada de tal instrumento apresentou boas propriedades de validação a partir dos trabalhos desenvolvidos por Cunha (2000).

4.3.3. Escala de Ansiedade Social de Liebowitz

A Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS) tem por objetivo avaliar situações ansiogênicas referentes a interações sociais e de desempenho em sujeitos com fobia social. A escala é composta por 24 itens, do tipo Likert com 4 opções de respostas, que avaliam a gravidade atual da ansiedade e evitação em cada um dos itens, com escore variando de 0 a 144 (Masia-Warner et al.,2003). O resultado é alcançado através da soma das respostas e é classificado como sem fobia social (0-55); fobia social moderada (55-65); fobia social média (66-88), fobia social grave (81-95) e fobia social muito grave (maior que 95). A versão auto aplicada de tal instrumento apresentou boas propriedades de validação a partir do trabalho de dissertação de mestrado realizado por Santos (2012).

4.3.4 Escala de Comportamentos de Segurança

A Escala de Comportamento de Segurança na Ansiedade Social (ECSAS), tem por objetivo avaliar um conjunto de comportamentos de segurança que os indivíduos com ansiedade social utilizam diante de situações sociais, a fim de prevenir as possíveis avaliações negativas, atribuídas aos outros. A versão é constituída por 17 itens, em uma escala tipo Likert, com variação de 1 a 4, correspondendo às avaliações “nunca”, “às vezes”, “muitas vezes” e “quase

sempre”. A pontuação da escala é obtida pela somatória das respostas aos 17 itens, com o escore total podendo variar entre 17 e 68 pontos, tendo como ponto de corte para correção o escore 36 (Burato et al., 2009). A versão auto aplicada de tal instrumento apresentou boas propriedades de validade e fidedignidade a partir do trabalho realizado por Burato et al. (2009).

4.4 Procedimentos de coleta dos dados

Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CAAE 68155317.0.0000.5147) foi oferecido tratamento, baseado na terapia cognitivo-comportamental grupal, para adultos com ansiedade social na cidade de Juiz de Fora. Para integrarem o grupo, os participantes, entraram em contato com o CPA fornecendo nome, contato e disponibilidade de horários. Em seguida, foram acionados por psicólogos clínicos membros do NEVAS, e convidados a participarem da primeira fase da intervenção.

Tal fase foi caracterizada pela triagem dos participantes. Neste momento foi realizado uma entrevista clínica e aplicadas as escalas (pré-testes) Liebowitz para avaliar graus de ansiedade social, o inventário BAI para avaliar sintomas de ansiedade, o inventário BDI para escanear sintomas depressivos, a escala ECSAS para elencar os comportamentos de segurança frequentemente utilizados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Aqueles com compatibilidade de traços que caracterizam a Ansiedade Social e que não tenham preenchido nenhum dos critérios de exclusão foram convidados para a segunda fase da pesquisa e os sujeitos que desistiram de participar da intervenção terapêutica foram automaticamente alocados no Grupo Controle.

A segunda fase do projeto caracterizou-se pela intervenção baseada na Terapia Cognitiva Comportamental, ou seja, foi dado início aos “Grupos de Tímidos”. Cada grupo foi conduzido ao longo de três meses, totalizando 12 sessões, semanais, com duração média de 90 minutos. Três terapeutas (terapeuta principal, co terapeuta e observador) conduziram as quatro

fases de intervenção: sensibilização e acolhimento; habituação; exposição ao treinamento de habilidades sociais e feedback com prevenção de recaídas. De acordo com a literatura, o número ideal de participantes para intervenções baseadas na terapia cognitiva comportamental para o transtorno de ansiedade social varia de 6 a 12 pessoas (Heimberg e Becker, 2002; Neufeld et al., 2017). Assim, realizaram-se 11 grupos, cada um iniciando com uma média de oito participantes e finalizando com uma média de seis, devido as perdas amostrais durante o processo terapêutico.

A terceira fase iniciou-se ao chegar ao fim o trabalho interventivo. Os participantes preencheram (pós-testes) as mesmas escalas utilizadas na avaliação inicial para averiguar se houve uma mudança nos escores dos instrumentos após terem participado da intervenção.

Na quarta e última fase do projeto iniciou-se o contato com os participantes do Grupo Controle. Tais pessoas foram convidadas a participarem de uma pesquisa de “Controle de Qualidade” do Projeto Tímidos, onde responderam algumas perguntas relacionadas ao procedimento de triagem, deram eventuais sugestões de melhora para o mesmo e também responderam aos instrumentos da pesquisa, configurando os pós-testes. Para tais participantes foi oferecido um folheto com explicações sobre o Transtorno de Ansiedade Social e algumas técnicas comportamentais eficazes para o manejo da ansiedade.

4.5 Questões éticas

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF e recebeu parecer favorável para sua execução. Após este procedimento foi possível iniciar o contato com os participantes. Todos os integrantes foram informados da pesquisa e tornaram-se respondentes do estudo apenas mediante o consentimento, segundo as normatizações de ética em pesquisa existentes (resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº196/1996; resolução do Conselho Federal de Psicologia nº016/2000). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

foi composto de um texto explicativo acerca da pesquisa, com informações claras sobre os objetivos, procedimentos e outros pontos e esclarecimentos relacionados à participação voluntária, privacidade dos participantes, anonimato e utilização confidencial e sigilosa de seus dados; além disso, o termo contemplou que a participação ou a não concordância em participar do projeto não acarretaria nenhum tipo de prejuízo. Vale ressaltar que foi oferecido tratamento psicoterápico individual nos mesmos parâmetros do tratamento em grupo a todos os sujeitos após a intervenção. Também foi oferecido tratamento psicoterápico àqueles indivíduos que sentiram qualquer desconforto durante o tratamento ou apresentaram morbidades associadas ao quadro de transtornos de ansiedade social e não foram selecionados para participarem da intervenção como também para os participantes do grupo controle.

4.6 Procedimento de análise dos dados

Após a aplicação dos questionários houve a computação e análise estatística dos dados, utilizando o programa SPSS.22 (Statistical Package for the Social Science). Foram realizadas análises descritivas dos dados sócio demográficos para descrição da amostra. Também foi realizado esse tipo de análise para se observar a frequência de cada comportamento de segurança utilizado pelos participantes no pré e pós-teste. Com a finalidade de observar quais comportamentos de segurança se relacionam com cada especificador da ansiedade social foram realizadas análises de correlação de Pearson entre cada um dos itens do ECSAS do pré e pós-teste e os escores da sub escalas Performance e Interação Social.

O teste t foi utilizado para comparar a diferença das médias da ECSAS entre o pré e pós-teste do grupo intervenção e entre o grupo controle e intervenção. Para a comparação das médias entre os grupos controle e intervenção dos questionários BAI, BDI e LSAS foi realizado o teste Mann-Whitney. Já para a comparação das médias dos pré e pós-teste, do grupo intervenção, destes mesmos questionários foi realizado o teste Wilcoxon.

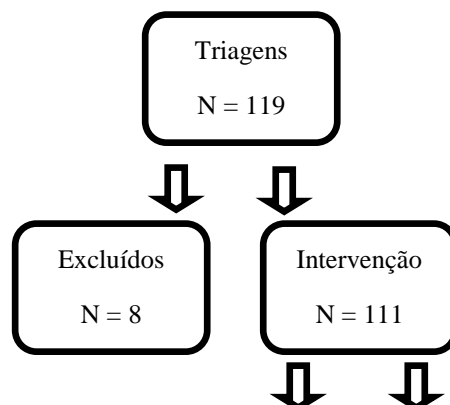
5 Resultados

5.1 Descrição e composição da amostra

Foram realizadas 119 triagens (55 no ano de 2017 e 64 em 2018). Deste total, 8 pessoas foram excluídas (2 por terem transtornos comórbidos graves, 6 por não terem como queixa principal a ansiedade social). Após essa primeira etapa, as 111 pessoas restantes foram convidadas a integrar os grupos. Dessas, 33 não apresentaram interesse em participar da intervenção. Das 78 restantes, 16 abandonaram o processo terapêutico. Os participantes que se mostraram desinteressados em participar da intervenção foram contatados com a finalidade de compor o grupo controle. Destes, 8 pessoas aceitaram participar da pesquisa e responderam a uma entrevista de controle de qualidade do projeto “Grupo de Tímidos”. Destarte, foi possível reaplicar todos os instrumentos, compondo os pós-testes deste grupo. O fluxograma abaixo traz informações sobre a composição da amostra.

Participaram do presente estudo 70 pessoas, sendo estas 62 participantes do grupo de intervenção e 8 participantes do grupo controle. A idade dos participantes variou de 18 a 53 anos ($M=27,5$; $DP=6,66$), dos quais 58,6% eram mulheres. A tabela 1 apresenta os dados referentes à escolaridade da população pesquisada. A maior parte dos sujeitos possuíam curso superior incompleto, compondo 51,4% da amostra e 18,6% haviam completado o ensino superior.

Figura 1: Fluxograma de seleção da amostra



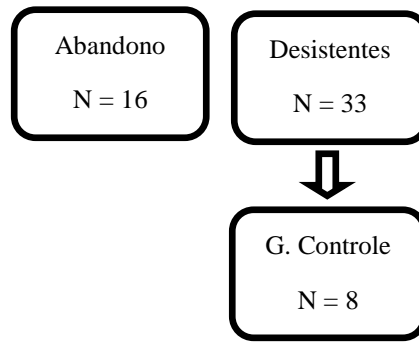


Tabela 1- Nível de Escolaridade da Amostra

Nível de Escolaridade	Frequência	Porcentagem
Segundo grau incompleto	1	1,4%
Segundo grau completo	11	15,7%
Superior incompleto	36	51,4%
Superior completo	13	18,6%
Pós-graduação	6	8,6%
Não respondeu	3	4,3%
Total	70	100%

5.2 Comportamentos de segurança mais utilizados por pacientes com transtorno de ansiedade social

Tabela 2 - Frequência dos Comportamentos de Segurança utilizados pelo grupo de intervenção

Item	Frequência								Total	
	1 (Nunca)		2 (Às vezes)		3 (Muitas Vezes)		4 (Quase sempre)		Pré	Pós
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós		
Item 1	14,8%	11,4%	35,8%	57,1%	24,7%	18,6%	24,7%	12,9%	100%	100%
Item 2	6,2%	4,3%	19,2%	55,7%	38,3%	27,1%	35,8%	12,9%	100%	100%
Item 3	1,2%	14,3%	17,3%	41,4%	29,6%	32,9%	51,9%	11,4%	100%	100%
Item 4	0%	7,1%	17,3%	34,3%	19,8%	31,4%	63,0%	27,1%	100%	100%
Item 5	16,0%	25,7%	17,3%	57,1%	23,5%	12,9%	43,2%	4,3%	100%	100%
Item 6	21%	41,4%	34,6%	42,9%	25,9%	14,3%	18,5%	1,4%	100%	100%
Item 7	2,5%	8,6%	22,2%	58,6%	33,3%	20,0%	42,0%	12,9%	100%	100%
Item 8	13,6%	27,1%	38,3%	48,6%	27,2%	18,6%	21,0%	5,7%	100%	100%
Item 9	19,8%	28,6%	32,1%	48,6%	25,9%	14,3%	22,2%	8,6%	100%	100%
Item 10	25,9%	25,7%	29,6%	52,9%	27,2%	12,9%	17,3%	8,6%	100%	100%
Item 11	16,0%	41,4%	33,3%	35,7%	28,4%	14,3%	22,2%	8,6%	100%	100%
Item 12	7,4%	15,7%	30,9%	47,1%	38,3%	27,1%	23,5%	10,0%	100%	100%
Item 13	17,3%	21,4%	16,0%	38,6%	34,6%	30,0%	32,1%	10,0%	100%	100%
Item 14	13,6%	21,4%	28,4%	41,4%	24,6%	24,3%	23,5%	12,9%	100%	100%
Item 15	23,5%	34,3%	34,6%	47,1%	27,2%	15,7%	14,8%	2,9%	100%	100%
Item 16	8,6%	15,7%	23,5%	48,6%	29,6%	22,9%	38,3%	12,9%	100%	100%
Item 17	7,4%	7,1%	7,4%	17,1%	14,8%	42,9%	70,4%	32,9%	100%	100%

A tabela 2 apresenta a frequência, no pré e pós-teste, com que os participantes da intervenção utilizaram comportamentos de segurança em situações ansiogênicas. No pré-teste,

de maneira geral, as opções “Muitas Vezes” e “Quase sempre” foram as mais escolhidas e os itens 2, 3, 4, 5, 7, 12, 16 e 17 se destacam com maior frequência de pontuação. No pós-teste a opção “Às vezes”, via de regra, foi a mais escolhida com os itens 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16 em destaque com maior frequência de pontuação. Já na opção “Muitas Vezes” o item 17 foi o mais pontuado.

5.3 Comportamentos de segurança mais utilizados por pacientes com ansiedade social de desempenho e interação

Tabela 3 - Tabela de correlação entre Ansiedade de Performance e Interação Social x Itens ECSAS

tens	Performance Pré teste		Performance Pós teste		Interação Social Pré teste		Interação Social Pós teste	
	r	p value	r	p value	r	p value	r	p value
Item 1	0,51	p<0,001	0,51	p<0,001	0,53	p<0,001	0,59	p<0,001
Item 2	0,170	p=0,13	0,40	p=0,001	0,09	p=0,41	0,50	p<0,001
Item 3	0,23	p=0,04	0,39	p=0,001	0,12	P=0,30	0,43	p<0,001
Item 4	0,42	p<0,001	0,60	p<0,001	0,46	p<0,001	0,54	p<0,001
Item 5	0,43	p<0,001	0,60	p<0,001	0,35	p=0,001	0,40	p=0,001
Item 6	0,39	p<0,001	0,51	p<0,001	0,31	p=0,01	0,45	p<0,001
Item 7	0,44	p<0,001	0,44	p<0,001	0,41	p<0,001	0,45	p<0,001
Item 8	0,35	p=0,001	0,32	p=0,007	0,33	p=0,003	0,36	P=0,002
Item 9	0,17	p=0,12	0,39	p=0,001	0,26	p=0,02	0,38	p=0,001
Item 10	0,18	p=0,11	0,28	P=0,02	0,21	P=0,06	0,31	p=0,009
Item 11	0,51	p<0,001	0,51	p<0,001	0,36	p=0,001	0,50	p<0,001
Item 12	0,21	p=0,06	0,39	p=0,001	0,15	p=0,18	0,46	p<0,001
Item 13	0,21	p=0,06	0,01	p=0,91	0,20	p=0,07	0,12	p=0,31
Item 14	0,15	p=0,18	0,36	p=0,002	0,17	p=0,12	0,21	p=0,08
Item 15	0,41	p<0,001	0,37	p=0,002	0,33	p=0,003	0,45	p<0,001

Item 16	0,13	P=0,23	0,32	p=0,007	0,02	p=0,82	0,26	p=0,03
Item 17	0,03	p=0,076	0,15	p=0,20	0,10	p=0,40	0,22	p=0,07

A tabela 3 apresenta uma análise de correlação entre cada um dos itens da ECSAS no pós-teste e os escores de Performance e Interação Social do instrumento Liebowitz no Pré e Pós-teste. Os escores de Performance do pré-teste apresentaram correlação moderada com os itens 1,4,5,7,11 e 15, enquanto os escores de Performance do pós-teste apresentaram correlação moderada com os itens 1,2,4,5,6,7 e 11. Os escores da subescala Interação Social do pré-teste apresentaram correlação moderada com os itens 1,4 e 7, enquanto no pós-teste as correlações moderadas ocorreram com os itens 1,2,3,4,5,6,7,11,12 e 15.

5.4 Diferenças nos escores dos testes entre os grupos de intervenção e controle após a intervenção

5.4.1 BAI

Assim como foi realizado para o instrumento ECSAS, na presente análise utilizou-se o teste de Komogorov-Smirnov ($p=0,03$) que não apontou uma distribuição normal dos dados. Por isso, para apurar as diferenças dos escores entre os grupos de intervenção e controle, no pós-teste, para o instrumento que avalia sintomas de ansiedade (BAI) foi realizado o teste de Mann-Whitney. As estatísticas descritivas mostraram que os sujeitos que participaram do grupo de intervenção apresentaram menos sintomas de ansiedade no pós-teste (mediana = 13) do que os participantes do grupo controle (mediana = 24,5). O U de Mann-Whitney foi 107 ($z = -2,57$), com um valor de probabilidade associado de $p=0,01$, o que torna improvável que este resultado tenha sido encontrado por erro amostral.

5.4.2 BDI

Bem como no BAI, o teste de Komogorov-Smirnov ($p < 0,001$) apontou que os dados não são distribuídos normalmente. Por isso foi realizado o teste de Mann-Whitney para verificar as diferenças nos escores do pós-teste entre os grupos controle e intervenção para o instrumento que avalia sintomas depressivos (BDI). As estatísticas descritivas mostraram que os sujeitos que participaram do grupo de intervenção apresentaram menos sintomas de depressão no pós-teste (mediana = 7) do que os participantes do grupo controle (mediana = 17,5). O U de Mann-Whitney foi 106,5 ($z = -2,58$), com um valor de probabilidade associado de $p = 0,01$, o que torna improvável que este resultado tenha sido encontrado por erro amostral.

5.4.3 ECSAS

Já o teste de Komogorov-Smirnov ($p = 0,07$) apontou que os dados da ECSAS são distribuídos normalmente, por isso foi realizado um teste t para amostras independentes para averiguar as diferenças nos escores entre os grupos controle e intervenção para tal instrumento no pós-teste. Os sujeitos que participaram do grupo de intervenção apresentaram escores menores ($t(67) = 37,4$; DP = 8,2) do que os participantes do grupo controle ($t(67) = 44,5$; DP = 7,6). A diferença das médias entre as condições foi de 7,1 que é um grande efeito ($d = 0,89$), com intervalo de confiança de 0,96 a 13,22. O teste t independente revelou que, se a hipótese nula fosse verdadeira, tal resultado seria improvável ($t(67) = 2,31$; $p = 0,02$).

5.4.4 LSAS

O teste de Komogorov-Smirnov ($p = 0,046$) apontou que os dados não são distribuídos normalmente. Por isso foi realizado o teste de Mann-Whitney para examinar as diferenças nos escores entre os grupos controle e intervenção, no pós-teste, para tal instrumento. As estatísticas descritivas mostraram que os sujeitos que participaram do grupo de intervenção apresentaram menor gravidade de ansiedade social no pós-teste (mediana = 49,5) do que os participantes do grupo controle (mediana = 76,5). O U de Mann-Whitney foi 117,5 ($z = -2,37$), com um valor de

probabilidade associado de $p=0,02$, o que torna improvável que este resultado tenha sido encontrado por erro amostral.

A tabela 4 apresenta uma síntese das estatísticas teste acima descritas

Tabela 4 - Diferença nos escores do Pós-Teste entre o Grupo Controle e Intervenção

Medidas	Mediana		Tamanho do Efeito	Estatística Teste
	Controle	Intervenção		
ECSAS	M=44,5 DP=7,6	M=37,4 DP=8,2	d=0,89	t(67)=2,31;p=0,02
LSAS	M=76,5	M=49,5	-	z=-2,37;p=0,02
BAI	M=24,5	M=13	-	z=-2,57;p=0,01
BDI	M=17,5	M=7	-	z=-2,58;p=0,01

5.5 Diferença entre os escores do Pré e Pós-teste para os participantes da intervenção

5.5.1 BAI

O teste de Komogorov-Smirnov ($p=0,03$) apontou que os dados não são distribuídos normalmente, por isso foi realizado o teste de Wilcoxon para avaliar as diferenças, no pré e pós-teste, dos escores do BAI para os participantes da intervenção. As estatísticas descritivas mostraram que os sujeitos que participaram do grupo de intervenção apresentaram menor

gravidade de ansiedade social no pós-teste (mediana = 13) do que no pré-teste (mediana = 20). O teste de Wilcoxon foi convertido em um escore z de -4,71 com um valor de probabilidade associado de $p < 0,001$, o que torna improvável que este resultado tenha sido encontrado por erro amostral.

5.5.2 BDI

O teste de Komogorov-Smirnov ($p < 0,001$) apontou que os dados do BDI também não são distribuídos normalmente. Por isso foi realizado o teste de Wilcoxon para avaliar as diferenças, no pré e pós-teste, dos escores do BDI para os participantes da intervenção. As estatísticas descritivas mostraram que os sujeitos que participaram do grupo de intervenção apresentaram menos sintomas de depressão no pós-teste (mediana = 7,5) do que no pré-teste (mediana = 16,00). O teste de Wilcoxon foi convertido em um escore z de -5,29 com um valor de probabilidade associado de $p < 0,001$, o que torna improvável que este resultado tenha sido encontrado por erro amostral.

5.5.3 ECSAS

O teste de Komogorov-Smirnov ($p = 0,07$) apontou que os dados são distribuídos normalmente, por isso foi realizado um teste t pareado para averiguar as alterações nos escores dos comportamentos de segurança após a realização da intervenção terapêutica. Tal teste indicou que há correlação entre os escores do pré e pós-teste ($r = 0,33$; $p = 0,01$). No pós-teste os participantes apresentaram médias menores ($t(57) = 37,47$; $DP = 8,39$) do que no pré-teste ($t(57) = 48,07$; $DP = 8,12$). A diferença entre as médias foi de 10,60 com intervalo de confiança entre 8,09 e 13,11. Portanto, o teste t pareado indicou uma diferença significativa entre os escores do ECSAS no pré e no pós-teste ($t(57) = 8,45$; $p < 0,001$).

5.5.4 LSAS

Assim como nos dois casos anteriores, o teste de Komogorov-Smirnov ($p=0,046$) apontou que os dados não são distribuídos normalmente. Por isso foi realizado o teste de Wilcoxon para avaliar as diferenças, no pré e pós-teste, dos escores da escala Liebowitz para os participantes da intervenção. As estatísticas descritivas mostraram que os sujeitos que participaram do grupo de intervenção apresentaram menor gravidade de ansiedade social no pós-teste (mediana = 49,5) do que no pré-teste (mediana = 78,00). O teste de Wilcoxon foi convertido em um escore z de -6,51 com um valor de probabilidade associado de $p<0,001$, o que torna improvável que este resultado tenha sido encontrado por erro amostral.

A tabela 5 apresenta uma síntese das estatísticas teste acima descritas

Tabela 5 - Diferença nos escores do Grupo Intervenção

Medidas	Média e Desvio Padrão		Tamanho do Efeito	Estatística Teste
	Pré-Teste	Pós-Teste		
ECSAS	M=48,07 DP=8,12	M=37,47 DP=8,39	d = 0,86	t(57)=8,45;p<0,001
LSAS	M=78	M=49,5	-	z=-6,51;p<0,001
BAI	M=20	M=13	-	z=-4,71;p<0,001
BDI	M=16	M=7,5	-	z=-5,29;p<0,001

6 Discussão

A partir da caracterização da amostra pode-se perceber que a maioria dos participantes eram mulheres (58,6%). Tal achado corrobora a literatura no que concerne à prevalência do transtorno que postula, na maior parte dos casos, taxas mais altas de transtorno de ansiedade social em indivíduos do sexo feminino do que nos do masculino na população em geral (APA, 2014). Esta diferença de gênero na prevalência é mais pronunciada em adolescentes e jovens adultos, que é outra característica da presente amostra que apresentou uma média de idade de 27,5 anos com desvio padrão de 6,66 anos.

Em relação aos comportamentos de segurança, Burato et al. (2009) em seu estudo de validação da Escala de Comportamentos de Segurança na Ansiedade Social, avaliaram a pontuação dos itens da escala e encontram os seguintes como mais utilizados pela população alvo: “Encurtar o discurso, reduzindo ao mínimo o que se tem para dizer”, “Evitar atrair as atenções”, “Limita-se a ser um(a) espectador(a) passivo(a) da situação”, “Tentar parecer à vontade”, “Tentar disfarçar o meu temor” e “Pensar bem no que vou dizer”. No presente estudo foi possível constatar que os comportamentos mais utilizados pelos participantes com ansiedade social no pré-teste foram semelhantes ao do estudo supracitado. Em adição, os itens “Acelerar o discurso, falando rapidamente e sem pausas” e “Ficar sentado(a) no lugar mais escondido ou mais atrás possível” também foram muito usados. Tais achados indicam que estes comportamentos são os mais utilizados por ansiosos sociais que compartilhem as características das duas amostras: universitários, predominantemente do sexo feminino e que estejam no fim da adolescência e início da vida adulta.

Telch e Lancaster (2012), na tentativa de reduzir as limitações das diversas definições desenvolvidas ao longo dos anos para os comportamentos de segurança delimitaram que tais estratégias relacionadas a ansiedade são ações desnecessárias utilizadas para prevenir, escapar de ou reduzir a severidade de uma ameaça percebida. Levando em consideração esta definição

e os comportamentos mais utilizados pelos participantes deste estudo no pré-teste, é possível concluir que as estratégias de redução da severidade da ameaça (exemplo: “Encurtar o discurso, reduzindo ao mínimo o que se tem para dizer”) e prevenção (exemplo: “Evitar atrair as atenções”) foram as mais empregadas. Já no pós-teste, os participantes lançaram mão de mais estratégias de redução da severidade (exemplo: “Rir para esconder que estou nervoso(a)”) e escapar de uma ameaça percebida (exemplo: “Ficar sentado(a) no lugar mais escondido ou mais atrás possível”).

Kocovski et al. (2016) desenvolveram um estudo para avaliar as propriedades psicométricas da versão canadense da ECSAS. Foram analisadas a estrutura do componente, a validade e a capacidade da escala de funcionar como uma medida que avalia os comportamentos de segurança situacionais. Para isso, os autores realizaram quatro estudos – os dois primeiros com objetivo de avaliar a estrutura do componente da escala, utilizando uma amostra não clínica e uma amostra clínica e os dois últimos com o objetivo de avaliar a validade da escala, utilizando uma tarefa de fala e uma tarefa de interação social. Para a presente discussão será dada ênfase ao segundo estudo, já que a amostra deste se assemelha a da presente pesquisa - participantes com um diagnóstico principal de transtorno de ansiedade social e com idade variando entre 18 e 62 anos. Os autores constataram que a escala possui boa validade de constructo, uma vez que obteve uma significativa correlação positiva com instrumentos que avaliam a ansiedade social, depressão, regulação emocional e aceitação dos sintomas da ansiedade social.

Além disso, nesse estudo foi realizada uma análise exploratória dos componentes (PCA). Tal análise foi escolhida devido ao restrito número de participantes da amostra para executar uma análise fatorial confirmatória. A interpretabilidade dos componentes foi examinada e os resultados forneceram evidências de que a ECSAS é uma medida bidimensional que avalia comportamentos de segurança. Um exame dos itens sugeriu que o primeiro

componente estaria relacionado à inibição ou restrição de comportamentos, agrupando os itens 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 15 e 17. Já o segundo componente foi composto por itens que continham conteúdo reflexivo de comportamentos de segurança que são empregados para ocultar sintomas físicos de ansiedade, sendo eles os itens 12, 12, 14 e 16. Os itens 2 e 11 não tiveram uma boa correlação com nenhum dos dois componentes sugerindo que esses itens podem ser problemáticos de alguma forma, quando usados em uma amostra clínica de ansiosos sociais, portanto, serão desconsiderados.

Partindo da divisão da escala nos dois componentes supracitados e da classificação dos tipos de Ansiedade Social da Escala Liebowitz – Ansiedade de Performance ou Interação Social – foi possível perceber, em ambas classificações, que os participantes do pré-teste utilizaram com maior frequência os comportamentos de segurança que se correlacionaram com o componente de inibição ou restrição de comportamentos. Na ansiedade de performance os itens escolhidos foram 1, 4, 5, 7, e 15 e na ansiedade de interação social os itens 1, 4 e 7 foram os mais frequentes. Os resultados do pós-teste foram similares aos do pré-teste e o componente de inibição ou restrição de comportamentos foi o mais frequente. Com relação ao componente de manutenção dos sintomas físicos da ansiedade somente um item 12 “Tentar parecer à vontade” foi escolhido com grande frequência pelos participantes com Ansiedade de Interação Social. Tais resultados evidenciam que não existe uma variação entre os comportamentos de segurança mais utilizados por pacientes com ansiedade social de Performance e Interação Social. Mais estudos avaliando estes aspectos da escala são necessários para um melhor entendimento de como e se os especificadores do Transtorno de Ansiedade Social afetam a utilização dos comportamentos de segurança.

No presente estudo, as análises estatísticas realizadas apontaram uma diferença significativa nas médias dos escores dos participantes do grupo controle e do grupo de intervenção para a ECSAS. A diferença entre as condições foi de 7,1 o que demonstra ser um

grande efeito ($d = 0,89$). Isso confirma a efetividade da intervenção realizada, já que os participantes tiveram uma diminuição maior nos escores da ECSAS quando comparados com os participantes do grupo controle. Em adição, ao avaliar os resultados da Escala de Fobia Social – Liebowitz as estatísticas descritivas mostraram que os sujeitos que participaram do grupo de intervenção apresentaram menor gravidade de ansiedade social no pós-teste (mediana = 49,5) do que os participantes do grupo controle (mediana = 76,5). Resultados semelhantes são encontrados na literatura, e dão robustez à evidência de que a TCC, seja em grupo ou individual, reduz os comportamentos de segurança e é eficaz para o tratamento do Transtorno de Ansiedade Social (Hedman et al., 2013; Hoffart et al., 2009; Levy et al., 2014; Mörtberg et al., 2015; Schreiber et al., 2015;).

Um exemplo é o estudo desenvolvido por Desnoyers, et al. (2016) com intuito de avaliar o papel mediador que a atenção auto focada e os comportamentos de segurança podem ter na terapia de grupo baseada na aceitação e atenção plena, bem como na terapia cognitiva comportamental de grupo tradicional para transtorno de ansiedade social e se esse papel mediador difere com base no tipo de tratamento. A ansiedade social, os comportamentos de segurança e a atenção auto focada foram avaliados pré, mid, pós-tratamento e em um follow-up 3 meses após o fim da intervenção. Os participantes foram alocados aleatoriamente para um dos dois grupos de tratamento com duração de 12 semanas ($n = 53$ para cada um dos grupos) ou para a condição de controle de lista de espera ($n = 31$). Os instrumentos utilizados foram o Inventário de Fobia Social (SPIN), a versão canadense da ECSAS, o Questionário de Atenção Focada (FAQ) e a Escala de Atenção Auto Focada (SFA). Os resultados foram convergentes com a hipótese dos autores, ou seja, os indivíduos em ambos os grupos de tratamento tiveram uma diminuição significativa na atenção auto focada e nos comportamentos de segurança ao longo do tempo em comparação com aqueles no grupo de controle, apesar de não diferirem entre si. Os resultados das análises também sugeriram que os indivíduos com ansiedade social

mais baixa, em ambos os grupos de tratamento, também tenderam a ter atenção auto focada e comportamentos de segurança mais baixos. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo desenvolvido por Kocovski et al., 2013.

Em relação à ansiedade social, a presente pesquisa comparou as diferenças dos escores da escala Liebowitz para os participantes da intervenção, no pré e pós-teste. As estatísticas descritivas mostraram que os sujeitos que participaram do grupo de intervenção apresentaram menor gravidade de ansiedade social no pós-teste (mediana = 49,5) do que no pré-teste (mediana = 78). Destarte, após a intervenção houve uma diminuição dos escores médios dos participantes em relação a ansiedade social. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado por Bjornsson et al., 2011. Os autores avaliaram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCC) para o Transtorno de Ansiedade Social. A amostra foi composta por 45 estudantes universitários com um diagnóstico primário de TAS e os participantes foram avaliados no início e no pós-tratamento com a Escala de Impressão Global Clínica (CGI) e a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS). A TCCG foi considerada confiável e eficaz para a redução dos sintomas de ansiedade social.

No presente estudo também foi possível constatar uma diminuição nos escores médios dos participantes da intervenção no que concerne aos sintomas depressivos. As estatísticas descritivas do Inventário de Depressão de Beck (BDI) mostraram que os sujeitos que participaram do grupo de intervenção apresentaram menos sintomas de depressão no pós-teste (mediana = 13) do que no pré-teste (mediana = 20). Ou seja, apesar de o tratamento de sintomas depressivos não ser o foco da intervenção do estudo, a terapia cognitiva comportamental de grupo levou a melhorias nos escores da depressão. Em estudos recentes tal fato se repetiu (Erwin et al., 2002; Joormann et al., 2005; LeMoult, Rowa, Antony, Chudzik & McCabe, 2014; Marom et al., 2009) e os autores apontam explicações. A primeira delas se refere ao fato de a diminuição dos sintomas ansiosos levarem os participantes a se engajar em mais interações

interpessoais, e isso gerar oportunidades para os indivíduos aumentarem seu apoio social, o que tem mostrado efeitos positivos sobre a depressão (Paykel, 1994). Além disso, os participantes podem ter aplicado as habilidades cognitivas ensinadas para ansiedade social, durante a intervenção, (por exemplo, reestruturação cognitiva) para ajudar a lidar com seus sintomas depressivos. Apesar desses direcionamentos mais pesquisas na área são necessárias para compreender os fatores que mediam essa relação.

Quanto aos comportamentos à utilização dos comportamentos de segurança pode-se perceber uma alteração significativa nos escores após a realização da intervenção terapêutica. A diferença entre as médias foi de 10,60 com intervalo de confiança entre 8,09 e 13,11, o que indica uma efetividade da intervenção na redução de tais comportamentos utilizados pelos ansiosos sociais. Apesar desta efetividade, ao analisarmos a frequência dos comportamentos de segurança utilizados pelo grupo de intervenção, no pós-teste, observou-se um aumento dos itens escolhidos pelos participantes. Ou seja, houve uma diminuição nos escores finais da ECSAS, ou seja, uma diminuição da utilização de comportamentos de segurança, acompanhada de um aumento na variabilidade dos itens utilizados em situações geradoras de ansiedade.

Uma possível explicação para isso é proposta por Piccirillo, et al. (2015) ao apontarem formas com que o uso dos comportamentos de segurança mantém o transtorno de ansiedade social. Os autores afirmam que a atribuição de sucesso, quando os pacientes são expostos a situações ansiogênicas, é depositada ao uso dos comportamentos de segurança ao invés de suas próprias habilidades (Clark, 2001; Clark & Wells, 1995, Heimberg et al., 2014; Wells et al., 1995). Por exemplo, se um indivíduo ensaiar cuidadosamente uma conversa antes de uma festa e a conversa correr bem, é provável que o indivíduo atribua o sucesso da conversa ao ensaio, em oposição às suas habilidades de conversação.

Apesar dos bons resultados e convergências com a literatura, o presente estudo possui algumas limitações. A primeira delas se refere ao tamanho da amostra do grupo controle e de

intervenção. Em função do tempo para desenvolvimento da pesquisa e da lacuna entre a realização da triagem e o início da intervenção, não foi possível alcançar o N estipulado. A espera para começar o processo terapêutico teve como consequência uma perda amostral que foi escalonada pelas desistências no percurso da terapia de grupo. Já no grupo controle as dificuldades foram encontradas tanto em contatar as pessoas como na aderência à participação.

Uma segunda limitação é a capacidade de generalização dos resultados encontrados. Em função da grande diferença entre os grupos pesquisados e o número reduzido de participantes não é possível afirmar uma eficácia da presente intervenção para outras populações e contextos. Podemos apenas verificar sua efetividade, ou seja, sua capacidade de produzir e manter um efeito positivo na redução dos escores dos comportamentos de segurança, sintomas de ansiedade e ansiedade social e os sintomas depressivos. Não obstante, a presente pesquisa é pioneira ao ser a primeira em avaliar comportamentos de segurança, em uma amostra brasileira, a partir de uma intervenção psicoterápica e seus achados estão em consonância com estudos recentes da área. Portanto, se torna necessário mais pesquisas dirigidas especificamente ao uso de comportamentos de segurança de forma a melhor compreender seu papel e quais suas implicações para o desenvolvimento e aplicação de intervenções psicoterápicas para o transtorno de ansiedade social.

7 Considerações Finais

O estudo em questão apresentou evidências da efetividade da terapia cognitivo comportamental de grupo na diminuição dos escores dos comportamentos de segurança, como também dos sintomas da ansiedade social e depressão. A partir da presente intervenção não foi possível afirmar uma relação de manutenção entre os comportamentos de segurança e o TAS, contudo, a diminuição nos escores de ambos fatores apontou um direcionamento para a investigação de tal relação em estudos futuros.

Com base na literatura, não foram constatadas pesquisas nacionais que averiguaram o papel da terapia cognitiva comportamental nos comportamentos de segurança utilizados por ansiosos sociais, e as pesquisas internacionais focaram na avaliação do papel de manutenção de tais comportamentos e a forma menos danosa de sua utilização. Assim, a presente pesquisa destaca-se como pioneira por propiciar a visualização de uma realidade pouco explorada pelo meio acadêmico, proporcionando a realização de pesquisas mais detalhadas e intervenções específicas para o contexto brasileiro.

Outro aspecto positivo deste estudo foi proporcionar atendimento psicoterápico, para os moradores da cidade de Juiz de Fora, através do “Grupo de Tímidos”. O atendimento de grupo pode alcançar um maior número de pessoas em um curto espaço de tempo proporcionando um retorno para a comunidade do que se é estudado e desenvolvido no meio acadêmico. Destarte, além das contribuições para o avanço do conhecimento científico foi possível dar um retorno imediato para a comunidade do ponto de vista social e psicológico.

A partir dos resultados encontrados não foi possível realizar conclusões determinantes sobre o tema, destarte, mais estudos são necessários para investigar e melhor examinar os conceitos pesquisados, já que o transtorno de ansiedade social é um dos mais comuns e que

mais afeta a qualidade de vida da população, causando prejuízos no âmbito profissional e pessoal.

Contudo, esta pesquisa pode apontar uma direção para os profissionais da área para um fator até então pouco estudado e que possui grande influência no tratamento e prognóstico do transtorno de ansiedade social. Além disso, a análise dos comportamentos de segurança utilizados pelos ansiosos sociais e o papel da terapia cognitiva comportamental de grupo torna possível a realização de estudos mais diretos e o desenvolvimento de intervenções efetivas. Uma vez traçado o papel de tais comportamentos é possível desenvolver protocolos de intervenção mais eficazes e com taxas de abandono mais baixas.

Referências

- Alden, L. E., & Bieling, P. (1998). Interpersonal consequences of the pursuit of safety. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 53-64. doi:10.1016/S0005-7967(97)00072-7.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Quinta Edição: DSM-5 (5th ed.)* Porto Alegre: Artmed.
- Anteraper, A. S., Triantafyllou, C., Sawyer, A. T., Hofmann, S. G., Gabrieli, J. D., & Whitfield-Gabrieli, S. (2014). Hyper-connectivity of subcortical resting-state networks in social anxiety disorder. *Brain Connect*, *4*(2), 81-90.
- Bandura, A., Jeffrey, R. W., & Wright, C. L. (1974). Efficacy of participant modelling as a function of response induction aids. *Journal of Abnormal Psychology*, *83*, 56 – 64.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: basics and beyond*. New York: The Guildford Press.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2009). *Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos*. Porto Alegre: Artmed.
- Bjornsson, S. A., Bidwell, C. L., Brosse, L. A., Carey, G., Hauser, M., Seghete, M. L. K., Schulz-Heik, J., Weatherley, D., Erwin, B. D., & Craighead, E. W. (2011). Cognitive-behavioral group therapy versus group psychotherapy for social anxiety disorder among college students: a randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, *28*, 1034–1042.
- Book, S. W., & Randall, C. L. (2002). Social anxiety disorder and alcohol use. *Alcohol Research & Health*, *26*(2), 130-135.
- Bowie, R. (2015). The use of safety behaviours during in vivo exposure for anxiety. Tese de Doutorado, Canterbury Christ Church University, Canterbury, Kent, Reino Unido.
- Braga, D. T., Manfro, G. G., Niederauer, K., & Cordioli, A. V. (2010). Full remission and relapse of obsessive-compulsive symptoms after cognitive-behavioral group therapy: a two-year follow-up. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *32*(2), 164-168.
- Brozovich, F., & Heimberg, R. G. (2008). An analysis of post-event processing in social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, *28*, 891-903.
- Burato K. R. S. S., Crippa J. A. S., & Loureiro S.R. (2009). Validade e Fidedignidade da escala de comportamento de segurança na ansiedade social. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *36*(5), 175-81.
- Cassin, S. E., & Rector, N. A. (2011). Mindfulness and the attenuation of post-event processing in social phobia: an experimental investigation. *Cognitive Behavior Therapy*, *40*, 267-278.
- Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. In W.R. Crozier & L.E. Alden (Eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 405-430). West Sussex, UK: John Wiley & Sons Ltd.

- Clark, D. M., & Beck, A. T. (2009). Terapia Cognitiva para a fobia social. Em *Terapia Cognitiva para os transtornos de ansiedade. Tratamentos que funcionam: Guia do Terapeuta* (pp.335-388). Porto Alegre: Artmed.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. Em R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69e93). New York: Guilford Press
- Clark, D. M., Wells, A., Hackman, A., Butler, G., & Fennell, M. J. U. (1994). *Social behavior questionnaire*. Department of Psychiatry, University of Oxford, Warneford Hospital, Oxford, England.
- Cuming, S., Rapee, R.M., Kemp, N., Abbott, M.J., Peters, L., & Gaston, J.E. (2009). A self-report measure of subtle avoidance and safety behaviors relevant to social anxiety: Development and psychometric properties. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 879-883. doi:10.1016/j.janxdis.2009.05.002
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, J. A. (2000). Módulo VII- Catálogo de Técnicas Úteis. Em J. A. Cunha (Org), *Psicodiagnóstico-V* (pp.202-290). Porto Alegre: Artmed.
- Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., & Barreto, M. C. M. (1998). Análise de um inventário de habilidades sociais (IHS) em uma amostra de universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14(3), 219-228.
- Del Prette, A., Del Prette, Z. A. P., Torres, A. C., & Pontes, A.C. (1998). Efeitos de um programa de intervenção sobre aspectos topográficos das habilidades sociais de professores. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2(1), 11-22.
- De Los Reyes, A., Thomas, S. A., Weeks, J. W., Dougherty, L. R., Lipton, M. F., Daruwala, S. E., & Kline, K. (2015). Allelic Variation of Risk for Anxiety Symptoms Moderates the Relation Between Adolescent Safety Behaviors and Social Anxiety Symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. doi: 10.1007/s10862-015-9488-8.
- D'El Rey, G. J. F., Beidel, D. C., & Pacini, C. A. (2006). Tratamento da fobia social generalizada: comparação entre técnicas. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 8(1), 1-12.
- D'El Rey, G. J. F., Lacava, J. P. L., Cejkinski, A., & Mello, S. L. (2008). Tratamento cognitivo-comportamental de grupo na fobia social: resultados de 12 semanas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(2), 79-83.
- Desnoyers, A., Kocovski, N. L., Fleming, J. E., Antony, M. M. (2016). Self-Focused Attention and Safety Behaviors across Group Therapies for Social Anxiety Disorder. *Anxiety, Stress, & Coping*. doi: 10.1080/10615806.2016.1239083.
- Dogaheh, E. R., Mohammadkhani, P., & Dolatshahi, B. (2011). Comparison of Group and Individual Cognitive-behavioral Therapy in Reducing Fear of Negative Evaluation. *Psychological Reports*, 108(3), 955-962. doi:10.2466/02.21.PR0.108.3.955-962.

- Edwards, S. L., Rapee, R., & Franklin, J. (2003). Post-event rumination and recall bias for social performance event in high and low socially anxious individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 603-617. doi: 10.1023/A:1026395526858.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345. doi:10.1016/S0005-7967(99)00123-0.
- Erwin, B.A., Heimberg, R.G., Juster, H., & Mindlin, M. (2002). Comorbid anxiety and mood disorders among persons with social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 19-35. doi:10.1016/S0005-7967(00)00114-5.
- Falcone, E. M. O. (1989). A eficácia do tratamento em grupo de ansiedade social. *Psicologia Clínica. Pós-Graduação e Pesquisa*, 4, 75-91.
- Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720. doi:10.1016/S0005-7894(05)80040-1.
- Goetz, A. R., Davine, T. P., Siwiec, S. G., & Lee, H-J. (2015). The functional value of preventive and restorative safety behaviors: A systematic review of the literature, *Clinical Psychology Review*, doi: 10.1016/j.cpr.2015.12.005.
- Hedman, E., Mörtberg, E., Hesser, H., Clark, D., Lekander, M., Andersson, E., & Ljotsson, B. (2013). Mediators in psychological treatment of social anxiety disorder: Individual cognitive therapy compared to cognitive behavioral group therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 696-705. doi: 10.1016/j.brat.2013.07.006.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford Press.
- Heimberg, R.G., Brozovich, F.A., & Rapee, R.M. (2014). A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder. Em S.G. Hofmann, & P.M. Di Bartolo (Eds.). *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (3ed., pp. 705-728). Waltham, MA: Academic Press. doi:10.1016/B978-0-12-394427-6.00024.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., & Zollo, L. J. (1990). Cognitive Behavioral Group Treatment for Social Phobia: Comparison with a Credible Placebo Control. *Cognitive Therapy and Research*, 14(1), 1-23.
- Heimberg, R. G., Juster, H. R., Hope, D. A., & Mattia, J. I. (1995). Cognitive Behavioral group treatment: Description, case prevention, and empirical support. Em M. B. Stein. *Social Phobia: Clinical and research perspectives* (pp.293-321). Washington: American Psychiatric Association.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., et al. (1998). Cognitive behavioral therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1133-1141. doi:10.1001/55.12.1133.
- Heimberg, R. G., Magee, L., (2016). Transtorno de ansiedade social. Em D. H. Barlow (Org), *Manual Clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo* (pp.114-154). Porto Alegre: Artmed.

- Heimberg, R. G., Salzman, D. G., Holt, C. S., & Blendell, K. A. (1993). Cognitive-Behavioral Group Treatment for Social Phobia: Effectiveness at Five-Year Follow-up. *Cognitive Therapy and Research*, 17(4), 325-339.
- Helbig-Lang, S., & Petermann, F. (2010). Tolerate or eliminate? A systematic review on the effects of safety behavior across anxiety disorders. *Clinical Psychology Science and Practice*, 17, 218–233. doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01213.x.
- Hirsch, C. R., Meynen, T., & Clark, D. M. (2004). Negative self-imagery in social anxiety contaminates social interactions. *Memory, Special Issue: Mental Imagery and Memory in Psychopathology*, 12, 496-506. doi:10.1080/09658210444000106.
- Hoffart, A., Borge, F., Sexton, H., & Clark, D. (2009). Change processes in residential cognitive and interpersonal psychotherapy for social phobia: A process-outcome study. *Behavior Therapy*, 40, 10-22. doi:0005-7894/08/0010-0022\$1.00/0.
- Hofmann, S.G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 193-209. doi: 10.1080/16506070701421313.
- Hollon, S. D., Shaw, B. F. (1979). Terapia cognitiva de grupo para pacientes depressivos. Em A. T. Beck, A. J. Rush., B. F. Shaw., & G. Emery (Org(s).), *Terapia Cognitiva da depressão* (pp.319-343). Zahar Editores: Rio de Janeiro.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2000). The origins of Social Phobia. *Behavior Modification*, 24(1), 102- 129. doi:10.1177/0145445500241006.
- Ito, L. M., Roso, M. C., Tiwari, S., Kendall, P. C., & Asbahr, F. R. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 96-101.
- Joormann, J., Kosfelder, J., & Schulte, D. (2005). The impact of comorbidity of depression on the course of anxiety treatments. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 569–591. doi:10.1007/s10608005-3340-5.
- Kessler, R.C., Berglund, P. D., Demler, O., Olga, J., R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-V disorders in National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593.
- Kiko, S., Stevens, S., Mall, A. K., Steil, R., Bohus, M., & Hermann, C. (2012). Predicting post-event processing in social anxiety disorder following two prototypical social situations: state variables and dispositional determinants. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 617-626. doi:10.1016/j.brat.2012.06.001.
- Knijnik, D. Z. (2008). *Fobia Social Generalizada: um estudo comparativo de duas modalidades terapêuticas*. Tese de Doutorado, UFRS, Porto Alegre, Brasil.
- Kocovski, N.L., Fleming, J.E., Hawley, L., Huta, V., & Antony, M.M. (2013). Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 889-898. doi: 10.1016/j.brat.2013.10.007.

- Kocovski, N.L, MacKenzie, M., Albiani, J., Battista, S., Noel, S., Fleming, J.E., & Antony, M.M. (2016). Safety behaviors and social anxiety: An examination of the Social Phobia Safety Behaviours Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38, 87-100. doi: 10.1007/s10862-015-9498-6.
- Koszyckia, D., Bengera, M., Shlika, J., & Bradwejn, J. (2007). Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2518–2526. doi:10.1016/j.brat.2007.04.011.
- Langer, J. K., & Rodebaugh, T. L. (2013). Social Anxiety and Gaze Avoidance: Averting Gaze but not Anxiety. *Cognitive Therapy Research*, 37, 1110-1120.
- LeMoult, J., Rowa, K., Antony, M. M., Chudzik, S., & McCabe, E. R. (2014). Effect of Comorbid Depression on Cognitive Behavioural Group Therapy for Social Anxiety Disorder. *Behaviour Change*, 31 (1), p. 53–64. doi:10.1017/bec.2013.32.
- Levy, H. C., Senn, J. M., & Radomsky, A. S. (2014). Further Support for the Acceptability-Enhancing Roles of Safety Behavior and a Cognitive Rationale in Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 28 (4), 303-316. doi:10.1891/0889-8391.28.4.303.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 151 (4), 65-94.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J., & Klein, D. F. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 729-736. doi:10.1001/archpsyc.1985.01790300097013.
- McManus, F., Sacadura, C., & Clark, D.M. (2008). Why social anxiety persists: An experimental investigation of the role of safety behaviours as a maintaining factor. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 147-161. doi: 10.1016/j.btep.2006.12.002.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H.-U., McGonagle, K. A., & Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, Simple Phobia, and Social Phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168. doi:10.1001/1996.01830020077009.
- Mahoney, A. E. J., & McEvoy, P. M. (2012). Changes in intolerance of uncertainty during cognitive behavior group therapy for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(2), 849-854. doi:10.1016/j.jbtep.2011.12.004.
- Makkar, S. R., & Grisham, J. R. (2011). The predictors and contents of post-event processing in social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 118-133. doi: 10.1007/s10608-011-9357-z.
- Marom, S., Gilboa-Schechtman, E., Aderka, I.M., Weizman, A., & Hermesh, H. (2009). Impact of depression on treatment effectiveness and gains maintenance in social phobia: A naturalistic study of cognitive behavior group therapy. *Depression and Anxiety*, 26, 289–300. doi:10.1002/da.20390.

- Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranouzouli, I., Kew, K., Clark, D. M., Ades, A. E., & Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, *1*, 368-376. doi:org/10.1016/S2215-0366(14)70329-3.
- Masia-Warner, C., Storch, E. A., Pincus, D. B., Klein, R. G., Heimberg, R. G., & Liebowitz, M. R. (2003). The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents: An Initial Psychometric Investigation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *42* (9), 1076–1084. doi: 10.1097/01.CHI.0000070249.24125.89.
- Milosevic, I., & Radomsky, A. S. (2008). Safety behavior does not necessarily interfere with exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(10), 1111-1118. doi:org/10.1016/j.brat.2008.05.011.
- Milosevic, I., & Radomsky, A. S. (2013). Incorporating the Judicious Use of Safety Behavior Into Exposure-Based Treatments for Anxiety Disorders: A Study of Treatment Acceptability. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, *27* (2), 155-174. doi: 10.1891/0889-8391.27.2.155.
- Mörtberg, E., Hoffart, A., Boecking, B., & Clark, D. (2015). Shifting the focus of one's attention mediates improvement in cognitive therapy for social anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *43*, 63-73. doi: 10.1017/S1352465813000738.
- Moscovitch, D. A., Rowa, K., Paulitzki, J. R., Ierullo, M. D., Chiang, B., Antony, M. M., & McCabe, R. E. (2013). Self-portrayal concerns and their relation to safety behaviors and negative affect in social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *51*, 476-486. doi:10.1016/j.brat.2013.05.002.
- National Institute of Health and Clinical Excellence, [NICE]. (2005). Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. Retirado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/resources/guidanceobsessivecompulsivedisorder-pdf>
- National Institute of Health and Clinical Excellence, [NICE]. (2011). Generalised anxiety disorder and panic disorder (with and without agoraphobia) in adults. Retirado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/resources/guidance-generalised-anxietydisorder-and-panic-disorder-with-or-without-agoraphobia-in-adults-pdf>
- National Institute of Health and Clinical Excellence, [NICE]. (2013). Social anxiety disorder: Recognition, assessment and treatment. Retirado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/resources/guidance-social-anxietydisorderrecognition-assessment-and-treatment-pdf>
- Neufeld, C. F., Paz, S., Guedes, R., & Pavan-Cândido, C. C. (2015). Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas: uma história em 10 edições. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *11*(1), 57-63.
- Neufeld, C. B., Maltoni, J., Ivatiuk, A. L., & Rangé, B. P. (2017). Aspectos técnicos e o processo em TCCG. Em C. Neufeuld, B. P. Rangé (Org(s).), *Terapia cognitiva-comportamental em grupos: das evidências à prática*. (pp.33-54). Porto Alegre: Artmed.

- Öhman, A. (1986). Face the beast and fear the face: Animal and social fears as prototypes for evolutionary analyses of emotion. *Psychophysiology*, *23*, 123-145. doi: 10.1111/j.1469-8986.1986.tb00608.x.
- Ougrin, D. (2011). Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *11*, 3-12. doi.org/10.1186/1471-244X-11-200.
- Okajima, I., & Sakano, Y. (2009). Effect of modification of safety behavior on social anxiety symptoms. *SeishinIgaku*, *50*(8), 801–808. doi: 10.1891/jcop.20.1.17.
- Parrish, C. L., Radomsky, A. S., & Dugas, M. J. (2008). Anxiety-control strategies: Is there room for neutralization in successful exposure treatment? *Clinical Psychology Review*, *28*, 1400–1412. doi:10.1016/j.cpr.2008.07.007.
- Paykel, E.S. (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *89*, 50–58. doi:10.1111/j.1600-0447.1994.tb05803.x.
- Penido, M. A., Giglio, C., Lessa, L., Carvalho, M. R., Souza, W., & Rangé, B.(2014). O uso do teatro do oprimido no tratamento em grupo para transtorno de ansiedade social. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *10*(1), 29-37.
- Piccirillo, M. L., Dryman, M. T., & Heimberg, R. G. (2015). Safety Behaviors in Adults with Social Anxiety: Review and Future Directions. *Behavior Therapy*. doi: 10.1016/j.beth.2015.11.005.
- Picon, P., & Knijnik, Z. (2008). *Fobia Social*. Em P. Knapp (Org), *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica* (pp.226-247). Porto Alegre: Artmed.
- Picon, P., & Penido, M. A. (2011). Terapia cognitivo comportamental do transtorno de ansiedade social. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M. I., & Salvador, M. C. (2003). Assessment of social phobia by self-report questionnaires: the social interaction and performance anxiety and avoidance scale and the social phobia safety behaviours scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *31*, 291–311. doi:10.1017/S1352465803003059.
- Plasencia, M. L., Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2011). Differential effects of safety behavior subtypes in social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *49*, 665-675. doi: 10.1016/j.brat.2011.07.005.
- Rachman, S. (1984). Agoraphobia—A safety-signal perspective. *Behaviour Research and Therapy*, *22*, 59–70.
- Rachman, S., & Hodgson, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Rachman, S., Radomsky, A. S., & Shafran, R. (2008). Safety behaviour: A reconsideration. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 163–173.

- Rangé, B. P., Palma, P. C., Carvalho, M. R., Penido, M. A., Coutinho, F. C., & Borba, A. G. (2017) Terapia cognitivo comportamental em grupo para transtornos de ansiedade. Em C. Neufeld, B. P. Rangé(Org(s).), *Terapia cognitiva-comportamental em grupos: das evidências à prática*.(pp.57-77). Porto Alegre: Artmed.
- Rangé, B. P., Pavan-Cândido, C. C., & Neufeld, C. B. (2017). Breve histórico das terapias em grupo e da TCCG. Em C. Neufeld, B. P. Rangé (Org(s).), *Terapia cognitiva-comportamental em grupos: das evidências à prática*. (pp.17-32). Porto Alegre: Artmed.
- Rapee, R.M. & Heimberg, R.G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy* 35, 741-756. doi: 10.1016/S0005-7967(97)00022-3.
- Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº16/2000, de dezembro de 2000 (2000). Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Brasília.200. Recuperado em 26 de novembro de 2016, <<http://www.ensp.fiocruz.br/etica/docs/artigos/Cfp16-00.pdf>>.
- Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/1996, de 10 de outubro de 1996 (1996). Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Recuperado em 26 de novembro de 2016, de <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>.
- Riccardi, C. J., Korte, K. J., & Schmidt, N. B. (2016). False Safety Behavior Elimination Therapy: A randomized study of abrief individual transdiagnostic treatment for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.06.003>
- Rowa, K., Paulitzki, J. R., Ierullo, M. D., Chiang, B., Antony, M. M., McCabe, R. E., & Moscovitch, D. A. (2014). A false sense of security safety behaviors erode objective speech performance in individuals with social anxiety disorder. *Behavior Therapy*. doi: 10.1016/j.beth.2014.11.004.
- Salkovskis, P.M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19, (01), 6-19. doi: 10.1017/S0141347300011472.
- Salkovskis, P. M. (1996). The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety- seeking behaviour, and the special case of health anxiety and obsessions. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 48-74). New York, NY, US: Guilford Press.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive- compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 29–52. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00049-2.
- Santos, L. F. (2012). *Estudo da validade e fidedignidade da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Schmidt, N. B., Buckner, J. D., Pusser, A., Woolaway-Bickel, K., Preston, J. L., & Norr, A. (2012). Randomized Controlled Trial of False Safety Behavior Elimination Therapy: A Unified Cognitive Behavioral Treatment for Anxiety Psychopathology. *Behavior Therapy*, 42, 518-532. doi: 10.1016/j.beth.2012.02.004.

- Schneier, F. R., Johnson, J., Horning, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social Phobia: Comorbidity and Morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288. doi:10.1001/archpsyc.1992.01820040034004.
- Schreiber, F., Heimlich, C., Schweitzer, C., & Stangier, U. (2015). Cognitive Therapy for Social Anxiety Disorder: The Impact of the “Self-Focused Attention and Safety Behaviours Experiment” on the Course of Treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43, 158–166. doi: 10.1017/S1352465813000672.
- Scholing, A., & Emmelkamp, P. M. G. (1993). Cognitive and behavioural treatments of fear of blushing, sweating or trembling. *Behaviour Research and Therapy*, 31(2), 155-170.
- Stevens, S., Hofmann, M., Kikob, S., Mallb, A. K., Steil, R., Bohus, M., & Hermann, C. (2010). What determines observer-rated social performance in individuals with social anxiety disorder? *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 830-836.
- Taylor, T. C., & Alden, L. E. (2010). Safety behaviors and judgmental biases in social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 226–237.
- Telch, M. J., & Lancaster, C. L. (2012). *Is There Room for Safety Behaviors in Exposure Therapy for Anxiety Disorders?* Em *Exposure Therapy* (pp. 313-334). Springer New York.
- Thomas, S. A., Weeks, K. W., Dougherty, L. R., Lipton, M. F., Daruwala, S. E., Kline, K., & De Los Reyes, A. (2015). Allelic Variation of Risk for Anxiety Symptoms Moderates the Relation Between Adolescent Safety Behaviors and Social Anxiety Symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. Published online. doi: 10.1007/s10862-015-9488-8.
- Thwaites, R., & Freeston, M. H. (2005). Safety-seeking behaviours: Fact or function? How can we clinically differentiate between safety behaviours and adaptive coping strategies across anxiety disorders? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 177–188.
- Wells, A., Clark, D.M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A., & Gelder, M. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy*, 26, 153-161. doi: 10.1016/s0005-7894(05)80088-7.
- Wessler, R. L. (1996). Terapia de grupo cognitivo-comportamental. Em V.E. Caballo, *Manual de técnicas de terapia e modificação de comportamento* (pp.854-877). São Paulo: Santos Livraria Editora.
- WHO. (2018). International Classification of Diseases 11th Revision. Brasília: Autor. Recuperado de <https://icd.who.int/>

Anexos

Anexo 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Fobia social e comportamentos utilizados para superar situações geradoras de ansiedade”. Nesta pesquisa além de identificar os principais comportamentos utilizados, pretendemos diminuir o nível de ansiedade social nos participantes através da Terapia Cognitiva Comportamental em Grupo. O motivo que nos leva a estudar esse tema é a importância de um tratamento efetivo para a ansiedade social, que muitas vezes não recebe a devida atenção pelos profissionais de saúde.

Para esta pesquisa utilizaremos 1 entrevista e 4 questionários fechados, de autopreenchimento, já validados, a saber: Entrevista clínica semiestruturada baseada no DSM-IV-TR; Escala de Liebowitz para Ansiedade Social; Inventário de Ansiedade do Beck; Inventário de Depressão do Beck; Escala de Comportamentos de Segurança em Ansiedade Social. A aplicação será realizada em um único encontro com duração aproximada de 40 minutos.

O presente estudo é classificado como de risco mínimo para os participantes, já que as atividades envolvidas se assemelham àquelas executadas no cotidiano, não intervindo na atividade física ou intelectual de rotina. Espera-se neste projeto que os participantes tenham seus níveis de ansiedade social diminuídos para proporcionar uma melhor qualidade de vida e bem-estar biopsicossocial, melhorando o relacionamento com os pares, família e trabalho. Destaca-se o direito dos participantes de serem indenizados por quaisquer danos que sejam comprovadamente provenientes do estudo.

Para participar deste estudo o senhor(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Terá o esclarecimento do estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem sua permissão.

O(A) Senhor(a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social e a outra será fornecida ao senhor. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa serão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.

Eu, _____, portador do documento de identidade _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “Fobia social e comportamentos utilizados para superar situações geradoras de ansiedade”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia do consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Nome

Assinatura participante

Data

Nome	Assinatura pesquisador	Data
Nome	Assinatura testemunha	Data

Em caso de dúvidas, com respeito a qualquer aspecto desta pesquisa, você pode consultar:

Pesquisadora responsável: Thársia Girardi Carpanez

Fone: (32) 99814-9650

Email: tharsiacarpanez@gmail.com

Pesquisador Responsável: Dr. Lélío Moura Lourenço

Fone: (32) 3229-3117

Email: leliomlourengo@yahoo.com.br

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

CEP: 36036-900

FONE: (32) 2102- 3788 / E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO 2

Universidade Federal de Juiz de Fora

Departamento de Psicologia

Centro de Psicologia Aplicada – CPA



Ficha Cadastral - ADULTO

Número no livro de registro

I-Identificação Pessoal:

Nome de Registro: _____ Data de Nascimento ___ / ___ / ___

Nome Social: _____

Sexo: Feminino Masculino**MOTIVO DA PROCURA:**

Encaminhado por: Instituição: _____ Pessoa física: _____

Atendido por: _____ Data da triagem: ___ / ___ / ___

Data do retorno: ___ / ___ / ___ Veio ao retorno: Sim Não**Disponibilidade:** Manhã _____ Tarde _____ Noite _____**ENCAMINHAMENTO PARA:**

Nome: _____ Dia/Hora: _____

 Estagiário Consultório Psi Externo**Filiação:**

Pai: _____

Mãe: _____

Estado civil: Solteiro Casado Divorciado Viúvo Outros

Escolaridade:

Ensino Fundamental Ensino Médio Graduação Pós-graduação
 Completo Incompleto

Endereço Residencial:

Rua: _____

Compl: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Telefone:

Residência: _____ Celular: _____

Recado: _____

II- Dados sócio econômicos da família:

2.1-Despesas:

a) Você mora:

Sozinho Com marido ou esposa Outros membros da família Outros

b) Se mora com alguém, quantas pessoas residem com você?

c) Situação da moradia:

Casa própria Aluguel Outros _____

d) Quem assume as despesas domésticas (luz, água, telefone, alimentação, moradia, transporte, etc.):

Você mesmo Os pais Você e outros Outros _____

2.2-Educação:

- a) Situação escolar: estuda atualmente não estuda atualmente
- b) Se inserido no sistema escolar, estuda em? Escola pública. Escola particular.
- c) Outros membros da família estão estudando? Sim Quantos? _____ Não
- d) Em qual sistema escolar estão inseridos?
- Escola pública. Quantos? _____ Escola particular. Quantos? _____
- e) No caso de rede privada, quem assume as mensalidades escolares?
- Você mesmo família Bolsa de estudos Outro _____

2.3-Ocupação e renda:

a) Que atividade exerce no momento?

b) Quanto

recebe? _____

c) Empresa que

trabalha? _____

d) Endereço: _____

e) Telefone: _____

f) Há quanto tempo realiza esta atividade?

g) Recebe algum benefício (Bolsas do governo, Benefícios do INSS, etc.)?

Renda

Familiar: _____

II – Dados da saúde física ou psicológica

a) Já fez atendimento psicológico? Não. Sim.

Local: _____

b) Algum membro da família já fez ou faz atendimento psicológico no CPA?

Não. Sim. Quem? _____ Quando?

Qual profissional?

c) Teve algum problema de saúde (Física e/ou mental) ? Não. Sim

Qual?

Quando? _____

—

d) Faz tratamento médico? Não. Sim.

Qual tipo?

e) Já foi internado em clínica psiquiátrica? Não. Sim

Local:

f) Fez ou faz uso de medicação? Não. Sim

Qual (is)

? _____

IV – Possibilidades, limites e implicações de custo financeiro dos serviços prestados pelo CPA.

4.1- Quem será o responsável pelo pagamento dos atendimentos?

4.2- Análise sócio econômica: _____

V – Observações da primeira entrevista:

Anexo 3



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

"Traduzido e adaptado por permissão de NCS Pearson, Inc. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.
Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."
Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo®, BAI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

Anexo 4


 Escala de Fobia Social - Liebowitz

Nome: _____ Data: _____ Idade: _____ Aplicador: _____

	MEDO OU ANSIEDADE	EVITAÇÃO
	0 = Nenhum 1 = Leve 2 = Moderado 3 = Intenso	0 = Nunca 1 = Ocasionalmente 2 = Frequentemente 3 = Geralmente
1. Telefonar em público (P).		
2. Participar de pequenos grupos (P).		
3. Comer em locais públicos (P).		
4. Beber com outros em locais públicos (P).		
5. Falar com pessoas em posição de autoridade (S).		
6. Agir, realizar ou falar em frente a uma audiência (P).		
7. Ir a uma festa (S).		
8. Trabalhar sendo observado (P).		
9. Escrever sendo observado (P).		
10. Chamar alguém que você não conhece muito bem (S).		
11. Falar com pessoas que você não conhece muito bem (S).		
12. Encontrar com estranhos (S).		
13. Urinar em banheiro público (P).		
14. Entrar em uma sala onde outros já estão sentados (P).		
15. Ser o centro das atenções (S).		
16. Falar em uma reunião (P).		
17. Fazer uma prova (P).		
18. Expressar uma discordância ou desaprovação para pessoas que você não conheça bem (S).		
19. Olhar nos olhos de pessoa que você não conheça bem (S).		
20. Relatar algo para um grupo (P).		
21. Tentar paquerar alguém (P).		
22. Devolver mercadorias para uma loja (S).		
23. Dar uma festa (S)		
24. Resistir às pressões de um vendedor (S).		
ESCORE TOTAL.		
ANSIEDADE DE PERFORMANCE (P).		
ANSIEDADE SOCIAL (S).		

Anexo 5



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

<p>1 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
---	---

Subtotal da Página 1 CONTINUAÇÃO NO VERSO

PEARSON

Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright © 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.

Casa do
Psicólogo®

© 2001 Casapal Livraria e Editora Ltda
Tradução e adaptação brasileira.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
BDI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

<p>14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p>	<p>19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>
<p>15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p>	<p>20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p>
<p>16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p>	<p>21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
<p>17 0 Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p>	
<p>18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Escore Total.

Anexo 6
ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE SEGURANÇA NA ANSIEDADE SOCIAL (ECSAS)

Nome: _____ Sexo _____ Data _____

Idade: _____ Est.Civil _____ AnosEscolaridade _____ Profissão _____

INSTRUÇÕES

Abaixo, está indicada uma lista de comportamentos que freqüentemente as pessoas utilizam em situações que lhes são desconfortáveis. Estes comportamentos, habitualmente designados de comportamentos de segurança, representam formas de as pessoas diminuírem ou evitarem as conseqüências temidas em algumas situações e variam muito de pessoa para pessoa. Por favor avalie a freqüência com que utiliza esses comportamentos nas situações sociais que lhe provocam desconforto. É possível que você utilize alguns comportamentos que não estejam nesta lista. Caso isso aconteça, escreva-os nas linhas em branco e avalie a freqüência com que recorre a eles quando fica ansioso numa situação social.

COMPORTAMENTOS DE SEGURANÇA	FREQUÊNCIA 1=Nunca (0%) 2=Às vezes (1-33%) 3= Muitas vezes (34 – 67%) 4= Quase sempre (68 – 100%)
1. Desviar ou evitar o olhar da pessoa com quem está interagindo	
2. Acelerar o discurso, falando rapidamente e sem pausas	
3. Encurtar o discurso, reduzindo ao mínimo o que se tem para dizer	
4. Evitar atrair as atenções	
5. Ficar sentado(a) no lugar mais escondido ou mais atrás possível	
6. Fingir desinteresse ou distanciamento do que está acontecendo	
7. Limita-se a ser um(a) espectador(a) passivo(a) da situação	
8. Fingir que não viu uma pessoa	
9. Andar olhando para o chão	
10. Pôr as mãos nos bolsos	
11. Para de fazer o que estava fazendo (ex: escrever, beber, etc.) quando me sinto observado(a)	
12. Tentar parecer à vontade	
13. Rir para esconder que estou nervoso(a)	
14. Verificar, repetidamente se estou apresentável	
15. Aumentar a distância entre mim e o interlocutor	
16. Tentar disfarçar o meu temor	
17. Pensar bem no que vou dizer	