

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL BREVE PARA TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL: ESTUDO DE CASO

Ellen Resende de Almeida
(Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM)
André Luiz Moreno
(Universidade de São Paulo – USP)

Resumo

Este estudo de caso se refere a uma intervenção breve em Terapia Cognitivo-Comportamental para um caso de Transtorno de Ansiedade Social. A paciente manifestava problemas para participar de situações sociais, trazendo tristeza e prejuízos à sua vida. Os atendimentos foram feitos em sete sessões e um *follow-up* após um mês. Ao final do tratamento, foram observadas mudanças em seu modelo de funcionamento e diminuição de crenças de inadequação e vulnerabilidade que a faziam fugir de situações sociais que causavam ansiedade. Assim, a Terapia Cognitivo-Comportamental Breve trouxeram vantagens para um sofrimento específico e dificuldade de melhorar sua condição. As supervisões foram importantes neste processo, pois ajudaram a traçar diagnóstico, objetivos e intervenções nos atendimentos.

Palavras-chave: terapia cognitivo-comportamental; intervenções breves; transtorno de ansiedade social; terapia cognitivo-comportamental breve; atendimentos supervisionados.

Abstract

Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: A Case Study

This case study refers to a brief intervention in cognitive-behavioral therapy for a case of Social Anxiety Disorder. The patient had trouble participating in social situations, which was bringing sorrow and damage to your life. The treatment was made in seven sessions and a follow-up after one month. At the end of the sessions, were observed changes in her operating model and a decrease of beliefs of inadequate and vulnerability that made her run away from social situations that caused anxiety. Thus, the Brief Cognitive-Behavioral Therapy brought advantages for a specific suffering and difficulty of improving her condition. The supervisions were important in this process, as it helped draw diagnosis, objectives and interventions in care.

Keywords: cognitive-behavioral therapy; brief intervention; social anxiety disorder; brief cognitive-behavioral therapy; supervised treatment

Introdução

A Terapia Cognitivo-Comportamental de intervenção breve (TCCB) define-se como uma estratégia

terapêutica, orientada para psicoeducar os pacientes a respeito de seus funcionamentos cognitivos disfuncionais e ao mesmo tempo, dar a motivação necessária e aporte técnico para modificar esses funcionamentos (Ramírez & Díaz, 2009). De acordo com a Terapia Cognitivo-Comportamental, tal abordagem ao funcionamento cognitivo se justifica na medida em que interpretações disfuncionais ou distorcidas da realidade são componentes comuns no sofrimento psicológico (Beck, 1997). A TCCB foi criada em resposta às demandas dos planos privados de saúde e sistemas públicos de saúde americanos e europeus, que necessitavam de atendimentos mais breves que os realizados até então. Desde então, vários estudos e técnicas foram implementados buscando o desenvolvimento de uma abordagem breve a esse tipo de psicoterapia e, por consequência, o panorama aponta que para alguns transtornos a TCCB apresenta resultados muito eficazes (Hegenberg, 2004). Este tipo de psicoterapia mostra evidências de adequação para tratamentos de ansiedade, depressão, habilidades sociais, dificuldades emocionais e dificuldades para tomada de decisão (Dulmus & Wodarski, 2002; Cully & Teten, 2008).

Na TCCB, o número de sessões é reduzido e previamente estabelecido com o paciente. Durante esse tempo, os pensamentos disfuncionais e comportamentos responsáveis pela queixa apresentada são investigados, os objetivos são estabelecidos para as possíveis soluções, sendo que paciente e terapeuta trabalham colaborativamente para o cumprimento dos objetivos (Bond & Dryden, 2004). O processo terapêutico mantém-se no tempo presente, sendo que esse foco será usado como ferramenta terapêutica durante o tratamento (Kristen, 1999). Além disso, a ênfase deste tipo de terapia volta-se para a melhora da autoeficácia e motivação do paciente para mudança de comportamentos e os objetivos estabelecidos na primeira sessão, bem como a empatia e escuta atenta por parte do terapeuta e o vínculo terapêutico construído com ele, para que haja aquisição das técnicas passadas dentro e fora da clínica (Ramírez & Diaz, 2009).

A TCCB apresenta uma série de vantagens quando comparada à terapia Cognitivo-Comportamental padrão, tais como: diminuição dos custos do tratamento, aumento da motivação para mudança e possibilidade de atendimento em situações de urgência/emergência (Bond & Dryden, 2004). No entanto, nem todos pacientes se adéquam à modalidade

de tratamento breve. Fatores como motivação para a mudança, comprometimento com número reduzido de sessões, gravidade dos estressores de vida e severidade da psicopatologia devem ser avaliados antes de se recomendar um tratamento em TCCB, haja visto que podem comprometer a adesão e a qualidade do tratamento oferecido (Cully & Teten, 2008).

Em TCCB, a utilização de supervisões para terapeutas iniciantes é particularmente importante (Cully & Teten, 2008). Primeiramente, porque a TCCB é composta por uma adaptação dos protocolos clássicos de Terapia Cognitivo-Comportamental. Assim, o auxílio de um supervisor possibilita a discussão das melhores alternativas de adaptação para cada caso em questão. Além disso, a discussão em supervisão permite treinar melhor a aplicação das técnicas necessárias e melhorar habilidades como aplicação das técnicas para o caso, estabelecimento de vínculo terapêutico e dificuldades de lidar com o término dos atendimentos precoces. Nesse sentido, supervisões baseadas em técnicas de descoberta guiada, sugestões de leitura, treinamentos em conceitualização de caso e *role-plays* técnicos são particularmente importantes (Padesky, 2012). Além disso, a revisão sistemática

realizada por Milne e James (2000) aponta a efetividade de atendimentos em terapia cognitivo-comportamental que utilizam de supervisão.

Apesar dos avanços em TCCB, poucos estudos ainda são realizados no Brasil utilizando essa modalidade de tratamento. Nesse sentido, esse trabalho tem como objetivo apresentar um estudo de caso atendido em TCCB, realizado pela primeira autora e supervisionado pelo segundo autor.

Dados gerais do Paciente

Trata-se de uma paciente de 23 anos, negra, católica, com escolaridade de ensino médio completo e desempregada. No início dos atendimentos, a paciente morava nas proximidades da cidade em que os atendimentos foram realizados, sendo a principal cuidadora da avó a quem ajudava com atividades domésticas, deixando-a uma vez durante a semana para comparecer aos atendimentos e aos finais de semana, quando viajava para ficar com a família na casa dos pais.

Procedimentos

A paciente foi selecionada para atendimento após sua mãe ter procurado a

clínica-escola do curso de psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. A procura se justificou por um encaminhamento realizado por um clínico geral dos serviços de saúde da cidade e pelas queixas de retraimento, tristeza, poucos amigos e dificuldades para se abrir com as pessoas por parte da paciente.

O estágio supervisionado no qual a paciente recebeu atendimento faz parte da grade curricular da graduação de Psicologia da UFTM. Nesse estágio, alunos do sétimo período do curso são treinados a realizar atendimentos breves e acolhimentos conforme a TCCB. De acordo com o procedimento padrão desse estágio, são realizados oito atendimentos previamente combinados com os pacientes. Desses oito atendimentos, sete são realizados em frequência semanal. O oitavo atendimento ocorre um mês após o sétimo atendimento, com o objetivo de avaliar o seguimento do procedimento. Os alunos responsáveis pelos atendimentos recebem supervisões semanais em grupo de 6 alunos, com duração de 3 horas.

Na primeira, sétima e oitava sessões os pacientes atendidos pelo estágio são avaliados. Essa avaliação visa a auxiliar no processo diagnóstico do paciente e a possibilitar uma análise objetiva da evolução dos casos. Nessas três

sessões, os pacientes são avaliados de acordo com os seguintes instrumentos:

Inventário Beck de Ansiedade (BAI). O BAI (Beck & Steer, 1993a), normatizado para o Brasil por Cunha (2001), é constituído por 21 itens e se destina a avaliar intensidade de sintomas de ansiedade. Em seu estudo de validação, apresentou um valor de consistência interna de 0,92 (Cunha, 2001). Seus itens devem ser avaliados pelo respondente com referência a si mesmo, numa escala *likert* de quatro pontos.

Inventário Beck de Depressão (BDI). O BDI (Beck & Steer, 1993b), normatizado para o Brasil por Cunha (2001), constitui-se de uma escala que possui 21 itens em escala *likert* de 4 pontos, destinado a medir intensidade de sintomas de depressão. Em seu estudo de validação apresentou um valor de consistência interna de 0,82.

Inventário de Pensamentos Ansiosos (IPAn). O IPAn (Wells, 1994) é um instrumento adaptado para o Brasil por Moreno, Gomes, Souza & Gauer (no prelo) que visa avaliar preocupação. É constituído de 22 itens, apresentados em escala *likert* de 4 pontos. Em seu estudo de validação, apresentou consistência interna de 0,86 (Moreno, Gomes, Souza & Gauer, no prelo).

WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Instrument (The WHOQOL Group, 1998), elaborada pela OMS e adaptado por Fleck e colaboradores (2000). Consiste em 26 itens abrangendo quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental, uma questão relativa à qualidade de vida geral e uma à satisfação com a saúde. Em seu estudo de validação (Fleck et al., 2000), apresentou consistência interna de 0,91 e coeficiente de correlação teste-reteste maior que 0,69 para todos os domínios.

Para receber atendimento na clínica-escola da UFTM o paciente deve assinar um termo de consentimento livre e esclarecido que versa sobre as propriedades desse serviço. Além disso, os pacientes do estágio assinam outro termo de consentimento, autorizando o uso do material clínico para pesquisas, desde que os dados não sejam identificados.

Apresentação do Caso

A paciente chegou à primeira sessão no horário combinado, acompanhada de sua mãe. Quando foi chamada, percebeu-se que esta não falou nada, nem após ser cumprimentada. Ao entrar na sala, foi percebido um grande desconforto por parte da paciente, pois esta

se encontrava sentada com as mãos nas pernas, por vezes esfregando as mãos uma na outra e no rosto ou passando as mãos pelas pernas, enquanto olhava para baixo ou para cima, nunca para a terapeuta.

Em um primeiro momento, foi feita uma tentativa de criação de vínculo e de investigação das causas que a levaram a procurar atendimento, mas tão logo foi iniciada uma conversa, a paciente afirmou que sua mãe que a tinha levado para a clínica e perguntou se poderia desistir de receber tratamento psicológico. Foi lhe explicado que já que ela estava ali naquele momento, poderia aproveitar e contar um pouco sobre sua vida e que, se ao final dessa primeira sessão sentisse que não seria válido continuar a vir nas sessões, que poderia desistir do tratamento. A paciente concordou, sempre usando poucas palavras e só respondendo o que lhe era perguntado.

A primeira causa indicada pela paciente era depressão. A respeito disso, ela foi perguntada se já havia sido diagnosticada e frente a uma resposta negativa, foi questionada por que pensava ter depressão, na tentativa de investigação de possíveis pensamentos automáticos disfuncionais relacionados a esta questão. A paciente respondeu que pensava ter depressão, pois se via muito diferente das

outras pessoas com a mesma idade que a sua, por não ter muitos amigos e por pensar que não precisava ter muitos amigos. Além disso, a paciente também afirmou ser muito tímida, fazendo com que conseguisse apenas conversar com poucos membros da família e duas amigas, sendo todos do sexo feminino. Sempre, ao ser perguntada dos motivos que levavam a esses fatos, a paciente afirmava que era por timidez. A timidez também foi percebida ao longo da sessão, principalmente no início. Além disso, a paciente contou que trabalhava como caixa em um supermercado e que era muito humilhada pelos clientes quando errava alguma de suas funções. Este fato a fez sofrer muito, como a paciente relatou. Afirmou que chorava bastante e que não suportou a pressão que chamou de desrespeito por parte dos clientes e acabou pedindo demissão do emprego.

Por não ter havido diagnóstico anterior para depressão, passou-se a chamar o que trouxera a paciente para receber atendimento apenas de tristeza, explicando para ela que ao longo das sessões o problema seria mais bem investigado. A partir deste momento, percebeu-se que a paciente estava um pouco mais relaxada e conseguiu falar que chorava sozinha por não querer estar neste mundo. Assim, a paciente falou do

trabalho como caixa de supermercado no qual afirmou que havia sido humilhada pelos clientes e que pensava que as pessoas deveriam ser mais respeitosas com ela, mas que não conseguia se abrir com ninguém, nem com sua melhor amiga. Além disso, como foi muito enfatizado pela paciente a questão de ser tímida, foi perguntado qual era o pensamento que vinha em sua cabeça quando se sentia tímida, respondendo que “dava vontade de sair correndo”.

Ao final da sessão foi perguntado à paciente se gostaria de continuar a receber o tratamento psicológico, com o *feedback* de que foi perceptível a sua timidez, mas também de que o que foi falado ali havia sido suficiente para continuidade do processo, que seria construído junto com ela no decorrer das sessões. A paciente respondeu que gostaria de continuar com o tratamento e que pensava ter se sentido mais a vontade ao longo do atendimento pela proximidade de idade entre ela e a terapeuta. Neste momento foram dadas as escalas BDI, WHOQOL, BAI e IPAn como primeira tarefa de casa para que fossem trazidas no encontro seguinte e para que auxiliassem no processo diagnóstico.

Na supervisão, foi feita a hipótese diagnóstica de Transtorno de Ansiedade Social (TAS), por conta da grande timidez

e dificuldade de relacionamento apontadas pela paciente. Além disso, a tristeza poderia ser decorrente dessa dificuldade em se relacionar com outras pessoas, pois atualmente a depressão tem sido caracterizada como uma comorbidade frequente dos transtornos de ansiedade, sendo uma variável necessária de se considerar para o diagnóstico, tratamento e prognóstico (D'El Rey & Freedner, 2006). Foi indicado pelo supervisor para que na próxima sessão se investigasse mais sintomas de ansiedade social e pensamentos automáticos disfuncionais relacionados a eles, focando-se nas crenças centrais de inadequação e vulnerabilidade e investigando secundariamente sintomas relacionados com a depressão.

No modelo cognitivo do TAS, experiências precoces de perda são interpretadas a partir de uma sensibilidade genética que é herdada pelo sujeito. Isto cria estruturas cognitivas denominadas crenças centrais negativas em relação a si mesmo, sua visão de futuro e seu ambiente, estabelecendo-se distorções cognitivas que alteram emoções, comportamentos e até mesmo a fisiologia do indivíduo. Além disso, essas crenças centrais negativas levam à necessidade de elaboração de regras que auxiliam o indivíduo a lidar com esses esquemas

negativos formados pelo próprio indivíduo (Rangé, 2011).

Nesse sentido, as crenças de inadequação e vulnerabilidade seriam um foco nesse primeiro momento, já que pessoas com ansiedade social tendem a interpretar erroneamente seus próprios desempenhos sociais e a evitar situações em que acreditam que se comportarão de maneira inadequada. Além disso, esses pacientes apresentam importantes déficits em suas habilidades sociais, aumentando a probabilidade de se envolverem em situações embaraçosas (D'El Rey & Pacini, 2006).

Na segunda sessão, a paciente estava mais calada do que na primeira e a sua postura ainda era a mesma, esfregando sempre as mãos, levando-as ao rosto e passando-as pelas pernas e fala insegura. Trouxe as escalas BDI, WHOQOL, BAI e IPAn, porém deixou de responder as perguntas sobre sexualidade e quando perguntada do motivo de ter deixado de responder, ela afirmou que nunca tinha se relacionado com alguém.

Na tentativa de aprofundamento nos pensamentos automáticos a partir da aplicação da BAI, foi possível notar que os sintomas ansiosos estavam baixos, tendo sido apontado apenas o medo de perder o controle como um sintoma muito

desagradável, mas que era possível de suportar. Porém, essa escala analisada juntamente com a fala da paciente e a investigação de seus pensamentos automáticos que aparecem quando se sente envergonhada como “só falo quando tenho certeza, pois tenho medo de falar alguma coisa errada” que apareceram na segunda sessão, indicam uma possível crença de inadequação e vulnerabilidade. Nesse sentido, observa-se o funcionamento de esquiva frente a situações que possam desencadear sintomas desagradáveis de ansiedade em uma ocasião de interação social. Assim, a paciente passava por poucas sensações fisiológicas de ansiedade porque evitava frequentemente essas ocasiões.

Também nesta sessão foi percebido através da fala da paciente que esta não gosta de falar sobre pessoas do sexo oposto e tem dificuldade de relacionamento com os mesmos, explicitando que não conversa muito com seu pai e fica incomodada de falar sobre o assunto até mesmo com sua melhor amiga. Além disso, a paciente diz sentir-se incomodada por nunca ter namorado, mas que não conseguiria conversar com um rapaz por causa de sua timidez, mostrando mais uma vez a sua crença de inadequação.

Como tarefa de casa, foi dado para a paciente uma folha de Registro de

Pensamentos Disfuncionais (RPD), para que fosse preenchido durante a semana e trazido na próxima sessão. O RPD é uma técnica utilizada na terapia cognitivo-comportamental para ajudar a identificar e modificar os pensamentos, emoções e comportamentos disfuncionais, além de dar ao paciente a oportunidade de reconhecer a relação entre as situações ambientais ativadoras (Ferrão & Souza, 2012).

Na supervisão após essa sessão, foi feito um melhor delineamento diagnóstico para a paciente através da análise da primeira aplicação das escalas BDI, WHOQOL, BAI e IPAn. A partir da BAI, foi possível notar que os sintomas ansiosos estavam baixos, tendo sido apontado apenas o medo de perder o controle como um sintoma muito desagradável, mas que era possível de suportar. Ressalta-se também a esquiva em situações sociais, caracterizadora do diagnóstico de TAS. A partir desse momento, foi melhor estabelecida a hipótese diagnóstica de TAS e investigações mais aprofundadas referentes aos sintomas relatados seriam realizados para que se pudesse estabelecer um diagnóstico diferencial e delinear o tratamento da paciente para as próximas sessões.

Para que isso fosse possível, foram utilizados os critérios diagnósticos da

quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2014). De acordo com o DSM-5, o TAS é caracterizado pela presença de medo e ansiedade em situações sociais nas quais o indivíduo pode ser exposto ao escrutínio público, aliado ao medo de que os sintomas de ansiedade demonstrados nessas situações serão negativamente avaliados por outros. Esses medos são acompanhados por evitação das situações sociais ou enfrentamento dessas à custa de sofrimento para o paciente e são desproporcionais à ansiedade natural provocada por situações sociais no contexto cultural do paciente (American Psychiatric Association, 2014).

A Escala Liebowitz de Ansiedade Social (LSAS) (Liebowitz, 1987) foi também utilizada para a confirmação do diagnóstico. Trata-se de um instrumento de avaliação de situações de desempenho e de interação social que indivíduos com este transtorno têm a tendência de evitar ou temer. São 24 itens divididos em duas subescalas: interação social (11 itens) e desempenho (13 itens), avaliados em uma escala Likert de quatro pontos (zero a três). Em sua codificação, consideram-se seis subescalas (medo, medo de interação social, medo de desempenho, evitação,

evitação de interação social e evitação de desempenho) e o escore total é a somatória das subescalas (Osório, Crippa e Loureiro, 2005).

Em Terapia Cognitivo-Comportamental é considerada a interação entre os pensamentos, sentimentos e comportamentos do indivíduo (Reinecke, Dattilio & Freeman, 2009). A maior ênfase deste tipo de terapia está no entendimento do desenvolvimento de repertório comportamental e os processos cognitivos e perceptivos. As cognições são vistas como um conjunto organizado de crenças, atitudes, memórias e expectativas juntamente a uma série de estratégias para usar o corpo de maneira adaptativa (Reinecke et al., 2009).

Neste processo está presente a conceitualização cognitiva que é uma formulação para a identificação da natureza e de fatores mantenedores dos sintomas cognitivos, somáticos e comportamentais (Falcone, 2001). A partir dela é possível identificar pensamentos automáticos, crenças centrais, crenças intermediárias, estratégias compensatórias e até mesmo estabelecer o diagnóstico para que seja estabelecido o planejamento terapêutico para o paciente, estabelecendo-se objetivos específicos e focando em metas (Rangé, 2011).

Para chegar a essa conceitualização no caso de TAS, investiga-se os episódios recentes de ansiedade social, identificando os pensamentos automáticos disfuncionais e seus significados para o paciente, seus comportamentos de segurança e os sintomas de ansiedade, sendo os mais perturbadores aqueles que podem ser notados pelos outros (Wells, 1997).

Na conceitualização cognitiva feita com a paciente apresentada foi possível avaliar que ela tem crenças centrais de inadequação e vulnerabilidade estabelecidas e que essas crenças fazem com que ela tenha os pensamentos automáticos disfuncionais de que sempre vai agir de forma errada e que por isso, será sempre julgada por sua inadequação. Esses pensamentos levam a emoções ansiosas que geram nela o comportamento de fugir ou esquivar-se de situações que desencadeiam essas emoções, portanto cria-se um ciclo e um funcionamento que traz sofrimento a paciente.

Além disso, para que seja possível o completo entendimento do sistema de crenças presente na paciente, faz-se necessário ainda investigar as estratégias compensatórias presentes que são comportamentos eventuais de todos os indivíduos, no qual o sistema de crenças é retroalimentado, sendo que quando essas crenças são disfuncionais acabam

reforçando a manutenção dos sintomas e do sofrimento dos pacientes (Neufeld & Cavenage, 2010). No caso desta paciente, suas estratégias compensatórias giravam em torno da necessidade dela de sempre se apoiar em alguém de confiança, como sua prima, para conseguir enfrentar situações sociais.

Neste sentido, foi sugerido em supervisão que na próxima sessão fosse explicado para a paciente o modelo de funcionamento de uma pessoa com ansiedade social, iniciando uma reeducação cognitiva sobre o próprio funcionamento da paciente. Assim, na sessão seguinte foi explicado que para pessoas com Ansiedade Social existem situações gatilho que fazem o indivíduo se voltar para suas crenças, que no caso eram de inadequação e vulnerabilidade. Essas situações se tornam de risco, pois fazem com que os pensamentos disfuncionais apareçam e o foco volta-se para o próprio indivíduo, mais do que a atenção em como outras pessoas vão reagir ou se comportar. Essas situações, então, geram a ansiedade e, para não sentirem essa ansiedade e os sintomas que aparecem com ela, os indivíduos apresentam fuga dessas ocasiões e dos estímulos negativos que aparecem. A fuga gera frustração e se torna um ciclo que traz sofrimento para o indivíduo (Wells et al., 1995). Esse ciclo

fica claro no caso da paciente ao observar-se os baixos escores de ansiedade na BAI, haja visto que por evitar uma série de situações sociais a paciente apresentava poucos sintomas fisiológicos de ansiedade.

Após a explicação da lógica de funcionamento de uma pessoa com Ansiedade Social, a paciente relatou que quando tinha 12 anos, tinha medo de ler em voz alta durante as aulas e que tremia com medo de que os colegas achassem que ela estava lendo errado, por isso evitava essa situação. Como tarefa de casa e para verificar melhor a questão de evitação de situações que causavam ansiedade na paciente, foi dado para a paciente a escala LSAS que seria discutida na próxima sessão.

Em discussão na supervisão, a estratégia terapêutica adotada para a próxima sessão seria a de hierarquização de situações sociais onde iria ser colocado do mais fácil para o mais difícil o que a paciente pensa que conseguiria fazer sem maiores problemas ou que não evitaria tanto. As situações da LSAS poderiam ser utilizadas nesse sentido, haja visto que auxiliam na discriminação das situações. A partir desta definição, as intervenções seriam mais focadas na situação mais fácil de ser realizada, tentando obter generalizações para outras situações e

sempre retomando o modelo de evitação para que houvesse a reeducação.

Este tipo de intervenção é conhecida como Terapia de Exposição e é considerada um tratamento eficaz para Transtorno de Ansiedade Social, pois a ansiedade é fundamentalmente uma resposta condicionada e por isso quanto maior a exposição a situações que geram ansiedade, maior será a tendência de habituar-se aos estímulos percebidos como ameaçadores (D'El Rey, 2007). Deste modo, a lógica de funcionamento seria reestruturada para que houvesse a diminuição de evitação de situações sociais que causavam ansiedade na paciente.

Em sessão, na observação da LSAS, foi possível perceber os altos escores relacionados à ansiedade e evitação de situações sociais. O escore total obtido foi de 83, indicando Fobia Social Grave, sendo 46 pontos para medo ou ansiedade e 37 para evitação (Bittencourt, Oliveira & Souza, 2005).

A situação apontada pela paciente como a que a deixaria mais ansiosa seria paquerar alguém e a que a deixaria menos ansiosa seria comer em público. Ao se fazer a investigação dos pensamentos automáticos que estavam relacionados a essa situação que causa ansiedade, a paciente disse que tinha medo de “comer

errado” e de “cair comida”. Ainda afirmou que em uma situação social, como em uma festa, se alguém a oferecesse comida, mesmo que ela estivesse com fome, não comia, mas esperava chegar em casa para comer sozinha. Neste momento, foi relembrado à paciente seu modo de funcionamento, a retroalimentação de suas crenças e a frustração que este ciclo cria. Além disso, foi explicitado que seria importante que ela passasse por situações sociais que causassem pequenas doses de ansiedade, como comer em público, para que ela percebesse por si própria que é possível lidar com estes pensamentos e sentimentos e, posteriormente, tentar as próximas situações que geram um maior nível de ansiedade. Por este motivo, como tarefa de casa da semana, foi passado para a paciente que ela deveria tentar comer em público, prestando atenção nos pensamentos que surgiam e nos comportamentos das pessoas que estão em sua volta, para que ela percebesse que, por vezes, as outras pessoas ao seu redor não estão prestando atenção no seu modo de comer.

Na quinta sessão, foi verificado se a paciente havia feito a tarefa de casa pedida na semana anterior de tentar comer em público. Ela realizou a tarefa, indo a uma lanchonete, mas ainda utilizou estratégias de esquiva da ansiedade, como comer do

lado de dentro do estabelecimento, no qual as poucas pessoas presentes estariam de costas para ela. Também nesta sessão a paciente expôs que gosta de comer utilizando uma colher, apesar de julgar uma maneira errada de comer, pois tem medo que a comida caia e que isso a deixe envergonhada. Neste momento iniciou-se um ensaio cognitivo a partir do medo de deixar comida cair apresentado pela paciente. Está é uma técnica de imaginação formulada para auxiliar os pacientes a experimentarem as situações temidas como se elas estivessem ocorrendo naquele exato momento (Knapp & Beck, 2008).

Nesta sessão também foi introduzido para a paciente os cartões de enfrentamento. Esses são cartões utilizados para encorajar o paciente no enfrentamento de determinadas situações desencadeadoras de pensamentos disfuncionais (Beck, 1997). Foram construídos junto com a paciente três cartões com as frases “eu já comi em público e foi tudo bem”, “as pessoas estão preocupadas com a própria comida” e “não existe jeito errado de comer”. Foi pedido para ela usar esses cartões em sua tentativa de comer em público naquela semana e que observasse o comportamento das pessoas em sua volta, em como elas estavam comendo e que no próximo atendimento trouxesse mais três cartões de

enfrentamento escrito por ela, baseada nessas situações.

Na supervisão seguida a esse atendimento foi estabelecido que fosse trabalhado com a paciente técnica de respiração diafragmática para que ela pudesse controlar melhor a sua ansiedade em situações sociais, pois a respiração de alguém que está em uma situação de ansiedade tende a se tornar superficial, rápida, ofegante e esses padrões inadequados de respiração conduzem a hiperventilação, o que pode causar até mesmo tontura, taquicardia, sensação de sufocação por causa do aumento significativo de oxigenação sanguínea. Esses sintomas respiratórios podem ser muito desagradáveis, o que gera o medo de senti-los (Heldt, Blaya, Kipper, Salum & Manfro, 2008) sendo mais um motivo para que se evite situações com potencial para gerar ansiedade. A respiração diafragmática pode trazer relaxamento nesses tipos de situações. Além disso, foi trabalhado o seguimento das exposições e da reestruturação cognitiva.

Na sexta sessão, os cartões trazidos pela cliente foram muito baseados na observação de como as outras pessoas comem e os cartões de enfrentamento trazidos foram: “muita gente come igual a mim”, “ninguém julga o jeito que eu

como” e “cada um come do jeito que gosta”. Além disso, foi discutido outros pensamentos que a fizeram chegar às conclusões apresentadas nos cartões e as conclusões tiradas a partir desses. Neste momento da sessão, a paciente contou que conseguiu conversar com um rapaz desconhecido durante uma festa, que esta tinha sido uma situação nova em sua vida e que nunca tinha conseguido fazer isso antes. Estava bastante satisfeita em contar este fato. Além disso, também contou seus planos para o futuro, que é fazer magistério ou pedagogia e voltar a trabalhar. Ao ser questionada sobre uma possível dificuldade de falar em público se tornando professora, ela disse que pensava que com crianças pequenas seria menos difícil, revelando uma estratégia de segurança. Sobre o trabalho, gostaria de voltar a trabalhar e que já estava procurando emprego.

Mais uma vez foi reforçado o modelo de evitação em pessoas com ansiedade social, revendo as tarefas de exposição visando a reestruturação cognitiva, como forma de prevenção de recaída. Como tarefa de casa, além do treino de respiração diafragmática, foram entregues novamente as escalas WHOQOL, BAI e IPAn para que fosse trazido na próxima semana.

Na sétima sessão, a paciente levou as escalas e dessa vez respondeu as perguntas sobre sexualidade, mesmo que tenha afirmado que nada mudou neste sentido. Nesta sessão, foi falado para a paciente que as atividades propostas e a realização delas mostraram que ela tem os recursos necessários para passar por pequenas doses de ansiedades em situações sociais, sem que estas afetem de maneira drástica a sua vida. Nesse sentido, quanto mais ela se colocar nesses tipos de situações, mais confortável ela se sentiria de passar por elas. A paciente ainda contou que naquela semana havia feito uma entrevista de emprego do qual não havia sido selecionada, mas que estava feliz por não ter ficado tão nervosa quanto ficava antes. Contou que não esfregou as mãos e nem ficou passando as mãos nas pernas como era de seu costume fazer em situações de ansiedade.

No entanto, ainda foram identificados pensamentos automáticos disfuncionais desencadeados a partir desta situação na fala da paciente, que por não ter passado, se disse arrependida por ter largado o antigo emprego. Neste momento foi feita uma prevenção de recaídas, técnica em que o paciente é encorajado a fazer um reconhecimento das circunstâncias que podem se tornar situações de alto risco para o aparecimento

de suas crenças negativas (Rangé, 2011). Foi resgatado juntamente com a paciente os motivos que a levaram a deixar o antigo emprego, o desrespeito por parte dos clientes e a pressão por parte dos empregadores e que agora ela sabendo que pode lidar melhor com situações sociais poderia buscar o que realmente queria, que era fazer magistério ou pedagogia. Também foi reforçado que ela somente apresentou essas melhoras porque colaborou ativamente com todo o processo terapêutico, mostrando mais uma vez seus próprios recursos para enfrentar situações de ansiedade.

Ao final desta sessão, mais uma vez foi passado as escalas WHOQOL, BAI e IPAn e pedido para que a paciente as trouxesse na sessão de *follow-up* que aconteceria dali um mês. Na supervisão posterior a este atendimento, ficou decidido que a paciente seria encaminhada para psicoterapia, visando a continuidade do seu tratamento a partir do atendimento breve realizado, pois ainda existiam questões que necessitavam ser acompanhadas como a procura de um novo emprego e a escolha da carreira profissional. Além disso, apesar da diminuição de comportamentos de evitação social característicos de TAS, ainda foi observada a necessidade de que a paciente fosse acompanhada no sentido de

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL BREVE PARA TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL:
ESTUDO DE CASO

prevenção de recaídas, bem como a possibilidade de continuar o tratamento com relação a sintomas residuais de TAS observados na paciente e apontados na escala Liebowitz.

Na sessão de *follow-up*, a paciente trouxe de volta as escalas, tratou-se sobre o encaminhamento para psicoterapia convencional, sobre os progressos que foram observados nela desde a primeira sessão e sobre a importância de dar continuidade ao tratamento. Nesta sessão,

a paciente falou que sente que está tomando as suas próprias decisões, que conseguiu conversar com sua tia sobre uma situação que há deixou chateada e isso lhe fez bem, continua procurando emprego e já está inscrita no curso de magistério que começará em breve.

Na Tabela 1, encontra-se um resumo de todas as sessões, os procedimentos realizados em cada uma e a tarefa de casa correspondente à cada sessão.

Tabela 1 *Resumo dos procedimentos e das tarefas de casa por sessão*

Sessão	Procedimento	Tarefa de casa
1ª sessão	Investigação dos motivos da procura, explicação do funcionamento da TCCB, assinatura de termos de consentimento e fechamento de contrato.	Primeira aplicação BDI, WHOQOL, BAI e IPAn.
2ª sessão	Aprofundamento dos pensamentos automáticos disfuncionais e nas crenças centrais de inadequação e vulnerabilidade.	Registro de Pensamentos Disfuncionais.
3ª sessão	Explicação do modelo cognitivo do TAS, partindo das situações levantadas pelo RPD.	Escala Liebowitz de Ansiedade Social (LSAS).
4ª sessão	Hierarquia do LSAS do mais fácil para o mais difícil e estabelecimento de que o mais fácil era comer em público e	Comer em público.

	ensaio cognitivo.	
5ª sessão	Investigação dos motivos que levaram a paciente a não realizar a tarefa de casa de comer em público e reforço para nova tentativa. Explicação de cartões de enfrentamento.	Nova tentativa de comer em público e cartões de enfrentamento.
6ª sessão	Investigação dos pensamentos que a fizeram escrever seus cartões de enfrentamento. Reforço dos modelos de evitação em TAS e respiração diafragmática.	Manutenção das exposições. Treino de respiração diafragmática. Cartões de Enfrentamento.
7ª sessão	Reforço de que a paciente tem recursos necessários para lidar com pequenas ansiedades sociais e generalizá-las. Prevenção de recaída.	Segunda aplicação BDI, WHOQOL, BAI e IPAn. Treino de respiração diafragmática. Cartões de Enfrentamento.
<i>Follow-up</i>	Exposição dos progressos.	Terceira aplicação BDI, WHOQOL, BAI e IPAn.

Resultados

No início dos atendimentos feitos com a paciente, esta apresentava crenças centrais negativas em relação a si mesma, tais como as de inadequação e vulnerabilidade. Essas crenças passam a se estabelecer como distorções cognitivas, alterando emoções, comportamentos e trazendo prejuízos para sua vida. Neste sentido, as intervenções foram feitas com o objetivo de uma reestruturação cognitiva e diminuição de seus pensamentos

automáticos disfuncionais como o de que sempre irá agir de forma errada e de seus comportamentos de fuga e esquiva de situações que provocam ansiedade, além de suas estratégias compensatórias.

Com a explicação do modelo de funcionamento de uma pessoa com ansiedade social foi possível que houvesse uma identificação com esse modelo por parte da paciente e a partir disso, uma reeducação cognitiva sobre seu funcionamento, fazendo com que houvesse foco nos comportamentos de fuga e

esquiva, assim como respostas fisiológicas que certas situações traziam, todas sendo desencadeadas a partir de suas crenças centrais negativas e seus pensamentos automáticos disfuncionais.

Utilizando a LSAS foi possível discriminar uma situação que causava ansiedade, porém em menor nível, que seria comer em público e a partir desta foram feitas generalizações para outras situações que também causavam um maior nível de ansiedade. Neste aspecto, os cartões de enfrentamento obtiveram uma boa resposta, amparados na reestruturação cognitiva, que possibilitaram a mudança de seu modelo de funcionamento de fuga e esquiva nessa situação de ansiedade.

Durante a investigação dos pensamentos que a levaram a escrever os três cartões de enfrentamento, observou-se de maneira satisfatória o questionamento de evidências realizado em parceria com a paciente e o levantamento de pensamentos alternativos. Por exemplo, no cartão “muita gente come igual a mim”, a paciente afirmou que viu sua tia comendo e percebeu que era do mesmo jeito que ela comia, rejeitando a hipótese de que somente ela comia errado, de acordo sua crença de inadequação. Sobre a percepção de que ninguém julga o jeito que ela come, ela disse que apenas a sua mãe já a havia

criticado, mas que isso era “coisa de mãe”. Como pensamento alternativo, a paciente apresentou a visão de que “cada um come do jeito que gosta” e que “posso comer da maneira que me sentir mais confortável sem ser julgada”, percebendo-se também uma modificação de um pensamento automático.

A partir disso, a paciente se disse mais confortável para se alimentar perto de outras pessoas, afirmando em uma das últimas sessões ter ido a uma festa e ter conseguido comer alimentos que podem cair em sua roupa com menor ansiedade do que a que sentia antes. Assim, foi possível perceber que estavam iniciando-se mudanças em seu modelo de funcionamento e diminuição de suas crenças de inadequação e vulnerabilidade que a fazia fugir de situações sociais que causavam ansiedade. Baseando-se nas falas trazidas pela paciente foram objetivadas generalizações para outras situações sociais que pudessem trazer ansiedade e dado como *feedback* que era notada a sua capacidade de passar por essas situações sem maiores prejuízos, indicando um início produtivo do processo de reestruturação cognitiva.

Essa reestruturação se mostrou mais enfática quando a paciente revelou que havia conseguido conversar com uma

pessoa do sexo oposto em uma festa, situação em que apareceria um comportamento de fuga por trazer alto nível de ansiedade e respostas fisiológicas que fortaleceriam as crenças de vulnerabilidade e inadequação, mas que a paciente ficou satisfeita em ter conseguido realizar. Além disso, foi possível observar a capacidade da paciente de generalização das intervenções feitas para outras situações que a deixava vulnerável, apresentando novas respostas comportamentais que a ajudariam inclusive

em suas entrevistas para conseguir um novo emprego, tema abordado durante as sessões e que ajudou a observar mudanças em seu modelo cognitivo em razão de a paciente ter conseguido realizar uma entrevista sem ter ficado tão ansiosa quanto ficaria antes dos atendimentos.

Na Tabela 2, são apresentados os escores obtidos nas 3 aplicações dos instrumentos BAI, BDI e IPAn. No entanto, não foram observadas mudanças clinicamente significativas nos escores desses instrumentos.

Tabela 2 Instrumentos utilizados para avaliação em suas três aplicações

Instrumento	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção	Follow-up
<i>BAI</i>	3	0	4
<i>BDI</i>	0	7	3
<i>IPan</i>	48	49	48
<i>WHOQOL – Domínio Físico</i>	4	4,14	3,86
<i>WHOQOL – Domínio Psicológico</i>	3,17	3,83	3,50
<i>WHOQOL – Relações Sociais</i>	0	3,67	4,33
<i>WHOQOL – Meio ambiente</i>	3,50	3,63	3,50

Discussão

A partir dos resultados apresentados, é possível perceber que a Psicoterapia Breve em abordagem Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) obteve bons resultados em apenas oito sessões,

percebendo-se que o modo objetivo de atendimento traz vantagens para quem está com um sofrimento específico. Neste sentido, a psicoeducação é muito importante para que o indivíduo saiba exatamente por que razão o sofrimento está acontecendo sem que isso apenas o rotule

como mais uma pessoa que se enquadrou em um determinado diagnóstico, mas fazendo uso deste para traçar objetivos terapêuticos e escolher estratégias para alcançá-los. Desta maneira, pode-se ter condições de perceber quais técnicas funcionam à medida que o seguimento clínico vai se desenrolando, tendo a possibilidade de seguir outros caminhos para a diminuição de sintomas. No caso do diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social Generalizado, a TCCB fez bastante sentido, pois a paciente estava ciente de sua condição e de seus sintomas, mas não sabia exatamente o motivo deles e o que poderia ser feito para que eles fossem controlados. Esta questão pode ser observada em um estudo conduzido por Cape, Whittington, Buszewicz, Wallace & Underwood (2010), que concluiu que especificamente para o Transtorno de Ansiedade Social, uma abordagem breve tem melhor e mais prolongados efeitos na diminuição de sintomas do que para qualquer outro tipo de transtorno. Para que os objetivos terapêuticos pudessem ser alcançados e por este ter sido o primeiro atendimento em TCCB realizado pela terapeuta em formação, também foram feitas supervisões semanais com um professor e especialista em TCC. A relação entre supervisor e terapeuta que está sendo supervisionado é um fator que se entende

como essencial no ensino da Terapia Cognitivo Comportamental (Barletta, Delabrida & Fonseca, 2011) e é de grande importância que haja uma conceitualização colaborativa entre supervisor e supervisionado (terapeuta), pois além de ajudar a pessoa que procurou atendimento psicológico, a experiência de aprendizagem também se torna favorável (Neufeld & Cavenage, 2010). Durante as supervisões, eram discutidos objetivos a serem traçados para a próxima sessão, diagnóstico do paciente, intervenções e até mesmo angústias da terapeuta com relação ao andamento do caso.

Campos (1995) descreve baseado na Terapia Cognitivo Comportamental, vários procedimentos que podem ser adotados pelo supervisor para que se diminuam as influências externas negativas no processo de aprendizagem no supervisionado. Algumas delas é a necessidade de observação do supervisionado por outros alunos, estabelecimento de nível mínimo de aprendizado ao final do estágio e não permitir que a prática seja baseada apenas na subjetividade.

Freitas (2008), também ressalta a importância do desenvolvimento das habilidades sociais dos alunos. Sobre esse aspecto, foi possível ver no caso apresentado que, por ter TAS

Generalizado, a paciente não apresentava boas habilidades sociais, o que necessitava que a terapeuta sanasse esse aspecto a partir de suas próprias habilidades sociais. Portanto, as supervisões feitas semanalmente após cada sessão foi de grande importância para que os bons resultados obtidos neste caso pudessem acontecer.

Uma questão a ser observada é a de que os atendimentos não trouxeram mudanças clinicamente significativas nos escores das escalas utilizadas em suas três aplicações. Uma possível explicação pode ser encontrada no fato de que os instrumentos fazem parte da avaliação padrão do estágio no qual a intervenção foi realizada. Nesse sentido, a avaliação não foi desenhada a partir das necessidades da paciente e das questões trabalhadas em atendimento. Por exemplo, a ausência de instrumentos específicos para a mensuração do TAS nas três sessões é um problema importante nessa questão, haja visto que esse instrumento permitiria a avaliação dos cognitivos e de fuga/esquiva por parte da paciente. Assim, sugere-se a importância de um seguimento clínico baseado em avaliações especificamente desenhadas para o caso em questão, visando à observação específica dos ganhos terapêuticos que serão trabalhados nos atendimentos.

A decisão de encaminhar a paciente se deu pela percepção de que, embora o atendimento breve tenha obtido bons resultados, como diminuição de seu comportamento de fuga e esquiva de situações sociais que causavam ansiedade e reestruturação de pensamentos automáticos, esses precisariam ser acompanhados a medida que ela fosse vivendo novas experiências. Isso se dá, pois, mesmo que o paciente responda positivamente ao tratamento, alguns sintomas residuais permanecem posteriormente a ele, demandando outras possíveis intervenções em Terapia Cognitivo-Comportamental direcionadas especificamente a esses sintomas residuais (Mululo, Menezes, Fontenelle & Versiani, 2009). Nesse sentido, o trabalho com sintomas residuais é fundamental, já que esses poderiam levar à recaídas dos sintomas já trabalhados e também poderiam desencadear novos pensamentos automáticos, possibilitando comportamentos não observados durante os atendimentos. Além disso, o fato da paciente ter se tornado mais participativa durante as sessões e colaborativa durante o processo de atendimento aponta que o trabalho com os sintomas residuais dos atendimentos breves seria facilitado, haja visto que a paciente já se encontrava

adaptada aos atendimentos psicológicos e ao modelo cognitivo.

No entanto, o tratamento prolongado e com maior espaço de tempo entre as sessões também podem trazer resultados negativos com relação aos sintomas e até mesmo a adesão. Isso pode estar relacionado ao fato de que o paciente perde o senso de urgência e de responsabilidade em sua própria cura, o que estimula a procrastinação e evitação da tarefa de casa, resultando na desmotivação do paciente em relação ao tratamento (Mululo et al., 2009)

Considerações Finais

O atendimento da paciente em TCCB mostrou-se satisfatoriamente eficaz para esse caso de TAS, pois mesmo que o atendimento tenha sido feito em apenas oito sessões, pôde-se perceber que houve evolução no quadro e que as técnicas utilizadas surtiram efeito na modificação dos pensamentos automáticos disfuncionais, através da reeducação sobre o funcionamento de pessoas com este tipo de fobia e ansiedade e as tarefas de casa propostas. Esses resultados fariam com que o encaminhamento da paciente para

continuação do tratamento fosse menos complicado para ela, pois ela mostrou conseguir se comunicar melhor em sessão, trazendo conteúdo que gostaria que fosse trabalhado e permitindo que assuntos trabalhados na terapia breve fossem mais aprofundados e com maior prevenção de recaída.

Durante os atendimentos, as supervisões se mostraram eficazes para a condução do caso, pois as discussões com o supervisor e com outros terapeutas em formação possibilitaram melhor conceitualização, delineamento diagnóstico e técnicas terapêuticas para a condução do caso que obtiveram bons resultados em pouco tempo.

Sugere-se a importância de estudos a serem realizados com a Terapia Cognitivo-Comportamental Breve em contextos diversificados e em outros transtornos para a generalização e comparação de resultados. Além disso, sugere-se estudos com outros desenhos metodológicos diferentes de um estudo de caso, que permitam uma avaliação mais adequada da eficácia da TCCB para o Transtorno de Ansiedade Social.

Referências

- American Psychological Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM- IV)*. Porto Alegre: Artmed.
- Barletta, J. B., Delabrida, Z. N. C., & Fonseca, A. L. B. (2011). Conhecimento, habilidades e atitude em TCC: percepção de terapeutas iniciantes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 21-29.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática (pp. 17 - 27, S. Costa, Trad.)*. Porto Alegre: ArtMed.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993a). *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993b). *Beck Depression Inventory Manual*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Bittencourt, S. A., Oliveira, M. S. & Souza, C. C. (2005). Estudo de relações entre fobia social e uso de álcool. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(2), (paginação irregular).
- Bond, F. W., & Dryeden, W. (2004). *Handbook of Brief Cognitive Behaviour Therapy*. 1 ed. Chichester: John Wiley & Sons, LTD.
- Campos, L. F. L. (1995). Investigando a formação e atuação do supervisor de estágio em Psicologia Clínica. *Estudos de Psicologia PUCCAMP*, 12(3), 7-29.
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., & Underwood, L. (2010). Brief Psychological Therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression, *BMC Medicine*, 8(38), 1-13.
- Cully, J.A., & Teten, A.L. (2008). *A Therapist's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy*. Houston, TX: South Central Mental Illness Research, Education, and Clinical Center.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL BREVE PARA TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL:
ESTUDO DE CASO

- Cunha, J. (2001). *Manual em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- D'El Rey, G. J. F. (2007). Terapia de Exposição: Um tratamento Eficaz para Fobia Social. *Psychiatry on line Brasil*, 12(46), 71-76.
- D'El Rey, G. J. F., & Freedner, J. J. (2006). Depressão em pacientes com Fobia Social. *Psicologia Argumento*, 24(46), 71-76.
- D'El Rey, G. J. F., & Pacini, C. A. (2006). Terapia Cognitivo-Comportamental da Fobia Social: Modelos e Técnicas. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 269-275.
- Dulmus, C., & Wodarski, J. (2002). Six Critical Questions for Brief Therapeutic Interventions. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2(4), 279-285.
- Falcone, E. O. (2001). O processamento cognitivo da ansiedade na fobia social. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28(6), 309-312.
- Ferrão, G. S., & Souza, F. P. (2012). A Técnica Cognitiva de Registros de Pensamentos Disfuncionais na Depressão. *XV Seminário Intermunicipal de Pesquisa*. Recuperado em 15 de julho, 2014, de <http://guaiba.ulbra.br/seminario/eventos/2012/> .
- Fleck, P.A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos & L., Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-83.
- Freitas, F. A. (2008). Diferentes perspectivas diante da conduta do estagiário em Psicologia no contexto clínico. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(2), 31-43.
- Hegenberg, M. (2004). *Psicoterapia Breve*. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Heldt, E., Blaya, C., Kipper, L., Salum, G., & Manfro, G. G. (2008). Utilização de técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo para pacientes com sintomas residuais do transtorno de pânico: seguimento de 2 anos. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 28(1), 10-15.

Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 54-64.

Kristen, B. (1999). *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse*. Centre for Substance Abuse Treatment. Rockville: US Department of Health and Human Services.

Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.

Milne, D. L., & James, I. (2000). A systematic review of effective cognitive-behavioural supervision. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 111–129.

Moreno, A. L., Gomes, W. B., Souza, L.K. & Gauer, G. (no prelo). Validation of the Anxious Thoughts Inventory for use in Brazil. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* .

Mululo, S. C. C., Menezes, G. B., Fontenelle, L., & Versiani, M. (2009). Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(6), 221-228.

Neufeld, C. B., & Cavenage C. C. (2010). Conceitualização cognitiva de um caso: Uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(2), 3-36.

Osório, F. L., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2005). Instrumentos de avaliação do transtorno de ansiedade social. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(2), 73-83.

Padesky, C. A. (2012). Desenvolvendo competências do terapeuta cognitivo: modelos de ensino e supervisão. In: P. M. Salkovskis (org.). *Fronteiras da Terapia Cognitiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL BREVE PARA TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL:
ESTUDO DE CASO

Ramírez, N. H., & Díaz, C. A. G. (2009). La terapia breve: uma alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances em Psicologia Latino americana*, 27(1), [s.n.].

Rangé, B. (2011). *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais - Um Diálogo Com a Psiquiatria*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed.

Reinecke, M. A., Dattilio, F. M., & Freeman, A. (2009). *Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes: Relatos de Casos e a Prática Clínica*. São Paulo: LMP.

The WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

Wells, A. (1994). A multi-dimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the anxious thoughts inventory. *Anxiety, Stress & Coping*, 6, 289-299.

Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. Chichester: John Wiley & Sons, LTD.

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. *Association for Advancement of Behavior Therapy*, 26(5), 153-161.

Os autores:

Ellen Resende de Almeida, graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, e.mail: ellenralmeida@gmail.com

André Luiz Moreno é Doutorando em Saúde Mental - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Atualmente é Professor do Departamento de Psicologia - Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), e.mail: moreno.andreluiz@gmail.com