**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO
PRETO**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Priscila de Camargo Palma

Avaliação da efetividade de um modelo da Terapia Cognitivo-Comportamental
em Grupos para Transtorno de Ansiedade Social: Ensaio Clínico Randomizado

Ribeirão Preto

2017

PRISCILA DE CAMARGO PALMA

**Avaliação da efetividade de um modelo da Terapia Cognitivo-
Comportamental em Grupos para Transtorno de Ansiedade Social: Ensaio Clínico
Randomizado**

Versão corrigida
(Versão original encontra-se na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de
Ribeirão Preto)

Tese apresentada à Faculdade de
Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão
Preto da Universidade São Paulo – USP,
como parte dos requisitos para a obtenção
de título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Psicologia

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carmem Beatriz
Neufeld

Ribeirão Preto
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Ciências, Filosofia e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo

Palma, Priscila de Camargo

Avaliação da efetividade de um modelo de Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos para Transtorno de Ansiedade Social: Ensaio Clínico Randomizado / Priscila de Camargo Palma; orientadora Carmem Beatriz Neufeld. – Ribeirão Preto, 2017.

172 p.: il.; 30 cm.

Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de concentração: Psicologia.

1. Transtorno de Ansiedade Social; 2. Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo;
3. Exposição de alto custo social; 4. Falsas Memórias; 5. Sintomas Comórbidos.

Nome: Priscila de Camargo Palma

Título: Avaliação da efetividade de um modelo de Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos para Transtorno de Ansiedade Social: Ensaio Clínico Randomizado

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo – USP, como parte dos requisitos para a obtenção de título de Doutor em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr:

Instituição:

Julgamento:

Prof. Dr:

Instituição:

Julgamento:

Prof. Dr:

Instituição:

Julgamento:

Prof. Dr:

Instituição:

Julgamento:

Prof. Dr:

Instituição:

Julgamento: _____

Prof. Dr. Marcos Antonio Zago
Reitor da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Pietro Ciancaglini
Diretor da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto

Prof. Dr. Manoel Antonio dos Santos
Chefe do Departamento de Psicologia

Profª. Dra. Lucy Leal Melo Silva
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Dedico este trabalho aos participantes que enfrentaram seus medos e que
tornaram possível a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas estiveram ao meu lado contribuindo nesse momento, desde o processo de seleção do doutorado até o momento final, por isso gostaria de agradecê-las por todo o carinho e atenção.

Primeiramente aos meus pais, João e Letícia, pelo apoio em todas as escolhas ao longo desse processo, além do carinho, atenção e paciência, fornecendo todo o suporte necessário para a realização dessa etapa. A minha irmã Ana Beatriz, pelas risadas ao longo dos anos, pela amizade, pelo carinho e amor, tornando momentos difíceis em mais leves e divertidos. Vocês são pessoas essenciais na minha vida.

À Prof.^a Dr.^a. Carmem Beatriz Neufeld, pelas orientações, pelo incentivo, por dividir seus conhecimentos e sua competência, auxiliando para concretização deste desafio. Pela oportunidade de fazer parte do LaPICC, enfim, sou muito grata pelas oportunidades oferecidas que contribuíram no meu crescimento pessoal e profissional.

Aos colegas e amigos do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental – LaPICC pelo auxílio e discussões científicas, pela disposição cotidiana e aprendizagem, numa busca assídua pelo conhecimento científico. À Katia Alessandra Caetano, por dividir todos os momentos do processo de pesquisa, pelas contribuições profissionais e pessoais, além da troca de experiências e amizade. Trabalhar em equipe com você foi especial. Também à Caroline da Cruz Pavan-Cândido, Anelisa Vaz de Carvalho, Eduarda Rezende Freitas, Isabela Maria Ferreira, Juliana Maltoni e Thais Benedetti, por todas as discussões de pesquisa, além da amizade e companheirismo. Vocês deixam o LaPICC um local de trabalho e amizades! À Suzana Peron, Débora Tavares da Silva e Cristina Santana pela contribuição na execução das sessões e pela atenção em todo o processo terapêutico.

Aos meus amigos próximos e distantes, antigos e recentes, que torceram por mim. Especialmente à Ana Carolina Arruda, pela constante disposição, pelo carinho e paciência, pela companhia no dia a dia. Além da leitura cuidadosa do texto e ajuda com a configuração do trabalho. À Juliana Dourado, pelo carinho e disposição, que ajudou a deixar esse processo difícil mais agradável, especialmente pela amizade e companhia. Ao Hudson, pela dedicação a me ajudar nos momentos difíceis, pelo amor e carinho, além da companhia diária e ótimos momentos juntos. À Andressa Grigato, por estar sempre presente, mesmo que a distância. À Isabela e à Juliana, por dividirem comigo angústias e

felicidade, pela amizade de vocês! Agradeço a todas pela amizade, pelos bons momentos e por tornarem esta caminhada a mais prazerosa possível.

Agradeço a minha família, avós e avôs, tios e tias, primas e primos, pelo amor e apoio que me deram ao longo da vida. Pelos exemplos de força e luta ao longo da caminhada da vida, por torcerem e comemorem as minhas conquistas.

Ao Profº. Drº Antonio Egidio Nardi, a Profª Drª Flávia de Lima Osório, ao Profº. Drº Bernard Rangé e a Profª Drª Priscila Brust Renck pelas contribuições, discussões e aprofundamentos científicos e disposição ao longo do meu exame de qualificação.

Ao departamento de Psicologia da FFCLRP-USP, pela disponibilidade. Às agências de fomento à pesquisa CAPES e FAPESP.

Aos participantes envolvidos nesta pesquisa que, voluntariamente, aceitaram participar desse estudo, por toda colaboração dedicada. Em especial aos pacientes, que dedicaram sua atenção e carinho sessão a sessão e possibilitaram a realização deste trabalho.

Por fim, agradeço a Deus, por todas as conquistas, por tantas oportunidades de aprendizado e pelas pessoas que fazem parte da minha vida e por ter me ensinado o significado de ter fé, e a todos aqueles que me ajudaram direta ou indiretamente na realização dessa pesquisa.

RESUMO

Palma, P. C. (2017). Avaliação da efetividade de um modelo da Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos para Transtorno de Ansiedade Social: Ensaio Clínico Randomizado. (Tese de Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo – USP, Ribeirão Preto, SP.

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS) consiste em um medo acentuado e persistente de situações sociais ou de desempenho nas quais o indivíduo poderia sentir vergonha. Dentre os transtornos de ansiedade, o TAS é um dos mais prevalentes, sendo considerado o quinto transtorno mais incapacitante, contudo, a busca por tratamento é muito baixa. Diferentes estudos clínicos randomizados evidenciam que a TCCG apresenta resultados satisfatórios e duradouros, sendo considerada padrão ouro de intervenção para TAS, porém, ainda assim, uma parcela de pacientes com TAS não respondem ao tratamento. Assim sendo, o objetivo deste trabalho foi investigar o efeito de uma intervenção em grupo de exposição com alto custo social em pacientes com TAS sobre variáveis psicológicas e também sobre a qualidade de memória. A intervenção utilizada nesse estudo foi a proposta por Hofmann e Otto (2008). Dentre as variáveis psicológicas estudadas foram avaliadas mudanças em sintomas de ansiedade social, ansiedade, medo da avaliação negativa, esquiva e desconforto social, depressão e sintomas de transtornos psiquiátricos comuns. Participaram desse estudo 58 adultos, compondo três grupos experimentais diferentes: o grupo de comparação sem TAS, que consiste em participantes sem sintomas clínicos, o grupo de comparação com TAS, que são participantes portadores de TAS os quais não realizaram a intervenção durante a pesquisa (grupo lista de espera) e o grupo de portadores de TAS participaram da intervenção (grupo TCCG). Um pesquisador independente ao estudo realizou a distribuição aleatória dos participantes com TAS entre os grupos TCCG e lista de espera. Foram realizadas avaliações no pré e pós-teste através do Inventário de Fobia Social (SPIN), Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck (BAI e BDI-II), Escala de Medo da Avaliação Negativa (FNE), Escala de Esquiva e Desconforto Social (SADS), Questionário sobre a saúde do paciente (PHQ-9), Questionário de Autorrelato (SRQ) e teste de falsas memórias. Assim, os resultados encontrados evidenciam que a intervenção alcançou redução significativa nos sintomas de ansiedade social, ansiedade geral, depressão e sintomas de transtornos mentais comuns, mostrando que foi uma intervenção efetiva. Além disso, os escores relacionados à ansiedade geral, depressão e sintomas de transtornos mentais comuns, após a intervenção foram equiparados com o escore obtidos pelo grupo de participantes saudáveis, evidenciando a excelente eficácia do processo de intervenção. A eficácia também pode ser constatada a partir da mensuração do tamanho de efeito grande encontrado no estudo relacionado ao principal instrumento de avaliação de TAS utilizado (SPIN), ou seja, esse estudo evidenciou que a forma psicoterápica utilizada atingiu o objetivo esperado da intervenção considerada padrão ouro. No que concerne às medidas relacionadas à qualidade de memória, a hipótese inicial relacionava-se à teoria de que os indivíduos ansiosos sociais apresentariam um número maior de falsas memórias e/ou uma redução de memórias verdadeiras, porém essa hipótese não foi confirmada.

Palavras-chave: Transtorno de Ansiedade Social (TAS); Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo; Exposição de alto custo social.

ABSTRACT

Palma, P. C. (2017). Evaluation of the effectiveness of a Cognitive-Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder: Randomized Clinical Trial. (Doctoral Thesis). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo – USP, Ribeirão Preto, SP.

Social Anxiety Disorder (SAD) consists of a marked and persistent fear of social or performance situations in which the individual could feel shame. Among the anxiety disorders, SAD is one of the most prevalent, considered the fifth most disabling disorder, however, the search for treatment is very low. Different randomized clinical trials show that Cognitive-Behavioral Group Therapy (CBGT) presents satisfactory and long-lasting results, which is considered the gold standard of intervention for SAD, however, a portion of patients with SAD do not respond to treatment. Thus, the objective of this study was to investigate the effect of a group intervention related to high social cost exposure in patients with SAD about psychological variables and memory quality. The intervention used in this study was proposed by Hofmann and Otto (2008). Among the psychological variables studied changes in symptoms of social anxiety, anxiety, fear of negative evaluation, avoidance and social discomfort, depression and symptoms of common psychiatric disorders were evaluated. Fifty-five adults participated in this study, composing three different experimental groups: the comparison group without SAD, which consists of participants without clinical symptoms, the comparison group with SAD, participants with SAD who did not receive intervention during the research (Waitlist control condition), and the group of SAD patients who participated in the intervention. An independent researcher to study distributed randomly the participants with SAD between CBGT or Waitlist condition. Assessments were made at pre and post-test using Social Phobia Inventory (SPIN), Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI-II), Fear of Negative Evaluation (FNE), Social Avoidance and Distress Scale (SADS), Patient Health-Questionnaire (PHQ-9), Self-Report Questionnaire (SRQ), and false memories test in the three groups. The results showed that the intervention achieved a significant reduction in the symptoms of social anxiety, general anxiety, depression and symptoms of common mental disorders, showing that it was an effective intervention. In addition, the scores related to general anxiety, depression and common mental disorder symptoms after the intervention were similar to the scores obtained by the group of healthy participants, evidencing the excellent efficacy of the intervention process. Efficacy can also be seen from the measurement of the large effect size found in the study evaluated by the main evaluation instrument of SAD used (SPIN), this study achieved the expected goal of the gold standard considered intervention. Concerning measures related to memory quality, the initial hypothesis was that social anxious individuals would present a greater number of false memories and / or a reduction of true memories, but this hypothesis was not confirmed.

Keywords: Social Anxiety Disorder (SAD); Cognitive Behavioral Group Therapy; Exposure of high social cost.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Delineamento da Pesquisa.....	65
Figura 2. Fluxograma dos participantes interessados na pesquisa.....	81
Figura 3. Fluxograma relacionado ao processo terapêutico dos participantes com TAS randomizados para o grupo 2 (TCCG).....	83
Figura 4. Fluxograma da trajetória de análise dos resultados.....	98
Figura 5. Fluxograma da trajetória de comparação dos resultados.....	99

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Dados Demográficos dos participantes do Grupo Experimental (o qual recebeu a intervenção) versus os participantes do Grupo de Lista de Espera versus Grupo de comparação	92
Tabela 2. Resultado da ANOVA no pré-teste para as variáveis relacionadas à gravidade dos sintomas no grupo de comparação versus TCCG versus lista de espera.....	96
Tabela 3. Dados relativos a qual tipo de comorbidade está presente nos grupos com TAS: Grupo TCCG e Lista de Espera	98
Tabela 4. Dados relativos à média e erro padrão da média das escalas utilizadas no estudo com relação ao momento de pré-teste e pós-teste, assim como a elucidação de quais grupos se diferem estatisticamente.	100
Tabela 5. Dados relativos à média e erro padrão da média relativo as escalas utilizadas no estudo com relação ao momento de pré-teste e pós-teste, assim como a elucidação de quais grupos se diferem estatisticamente.	101
Tabela 6. Dados relativos à média e erro padrão da média relativo as escalas utilizadas no estudo com relação ao momento de pré-teste e pós-teste, assim como a elucidação de quais grupos se diferem estatisticamente.	102
Tabela 7. Resultado da ANOVA no pós-teste para as variáveis relacionadas a gravidade dos sintomas no grupo de comparação versus TCCG versus lista de espera.....	105
Tabela 8. Dados relativos à média e erro padrão da média da performance de memória com relação ao momento de pré-teste e pós-teste, assim como a elucidação de quais grupos se diferem estatisticamente	108

LISTA DE SIGLAS

APA	Associação Psiquiátrica Americana
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI-II	Inventário de Ansiedade de Beck
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CPA	Centro de Psicologia Aplicada
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DP	Desvio-padrão
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
FFCLRP	Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
FM	Falsas Memórias
FBTC	Federação Brasileira de Terapias Cognitivas
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FNE	Escala de Medo de Avaliação Negativa
Grupo 1	Participantes com TAS que passaram pela intervenção de TCCG
Grupo 2	Participantes com TAS que compuseram o grupo Lista de espera
Grupo 3	Participantes do grupo saudável
JoTCC	Jornada de Terapias Cognitivas
LaPICC	Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental
MV	Memórias Verdadeiras
NSF	Núcleo de Saúde da Família
PHQ-9	Questionário Sobre a Saúde do Paciente-9
PSF	Programa de Saúde da Família
SADS	Escala de Esquiva e Desconforto Social
SCID	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV</i>
SPIN	Inventário de Fobia Social
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SRQ	Questionário de auto-relato
TAS	Transtorno de Ansiedade Social
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TCCG	Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo

TCLE	Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido
TDM	Transtorno Depressivo Maior
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UNDS	Unidades Básicas Distritais de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

SUMÁRIO	25
1. INTRODUÇÃO	29
1.1 TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL	29
1.1.1 Transtorno de Ansiedade Social e Comorbidades	41
1.1.2 Transtorno de Ansiedade Social e Falsas Memórias	43
1.2 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPOS	51
1.2.1 Intervenção de Exposição com alto custo social	56
2. JUSTIFICATIVA	60
3. OBJETIVOS E VARIÁVEIS	63
4. MÉTODO	65
4.1 DELINEAMENTO	65
4.2 CONTEXTO DA PESQUISA	67
4.2.1 Local	67
4.2.2 Aspectos Éticos	68
4.3 INSTRUMENTOS	69
4.3.1 Variáveis Psicológicas Relacionadas à Gravidade dos Sintomas	69
4.3.2 Instrumento para Confirmação Diagnóstica	71
4.3.3 Instrumento para Performance da Memória	72
4.4 PARTICIPANTES	74
4.4.1 Critérios de Inclusão	74
4.4.2 Critérios de Exclusão	76
4.4.3 Processo de Divulgação	76
4.4.4 Randomização	78
4.4.5 Processo de Seleção dos Participantes	78
4.5. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	84
4.5.1 Procedimento de Avaliação Pré-Teste dos Participantes com TAS	84
4.5.2 Procedimentos de Avaliação dos Participantes do Grupo de Comparação	86
4.5.3 Procedimento de Avaliação Relativo aos Dados de Memória medidos através do Paradigma DRM de Listas de Palavras Associadas	87
4.5.4 Procedimentos Relativos à Intervenção dos Participantes com TAS do Grupo 1	89
4.5.5 Procedimento de Avaliação Pós-Teste dos Participantes	94
5. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	95

6. RESULTADOS	97
6.1 GRUPO PILOTO	99
6.2 DADOS RELATIVOS AO PRÉ-TESTE	100
6.2.1 Caracterização Geral do Grupo de Comparação	100
6.2.2 Caracterização Geral dos Participantes com TAS	101
6.2.3 Caracterização dos Participantes com TAS Subdivididos nos Grupos (com Intervenção e Lista de Espera).....	102
6.2.4 Análise Estatística das Variáveis Psicológicas relacionadas à Gravidade dos Sintomas e Dados Sociodemográficos no Pré-Teste	93
6.3 INTERVENÇÃO EM TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM GRUPO	99
6.3.1 Análises estatísticas intragrupos.....	99
6.3.2 Análises estatísticas entre tempos do grupo experimental	99
6.3.3 Análises estatísticas entre o Grupo Lista de espera.....	101
6.3.4 Análises estatísticas entre o Grupo de comparação.....	102
6.4 DADOS RELATIVOS AO PÓS-TESTE	103
6.4.1 Análise Estatística das Variáveis Psicológicas Relacionadas à Gravidade dos Sintomas no Pós-Teste.....	103
6.5 PERFORMANCE DA MEMÓRIA	106
7.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	111
7.2 DADOS RELACIONADOS ÀS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS.....	114
7.3 EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO	116
7.4 FALSAS MEMÓRIAS	122
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS.....	130
APÊNDICES	147
APÊNDICE A – DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	147
APÊNDICE B–TERMO DE CONSENTIMENTO I.....	148
APÊNDICE C– TERMO DE CONSENTIMENTO II	151
APÊNDICE D– SÍNTESE DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO	153
APÊNDICE E– ADAPTAÇÃO DA LISTA DE EXEMPLOS DE EXPOSIÇÕES.	154
APÊNDICE F– CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	156
APÊNDICE G– CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES – VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS.....	161

ANEXOS	165
ANEXO A– OFÍCIO DE APROVAÇÃO DO CEP	165
ANEXO B – PARADIGMA DRM.....	166
ANEXO C – PAPEL EVITAÇÃO E MANUTENÇÃO DA ANSIEDADE SOCIAL	169
ANEXO D – MODELO DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA TAS	170
ANEXO E– PREPARAÇÃO COGNITIVA.....	171

1. INTRODUÇÃO

1.1 TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL

A ansiedade é inerente à vida humana, sendo entendida como um sistema de respostas cognitivas, afetivas, fisiológicas e comportamentais, as quais são ativadas ao entrar em contato com estímulos considerados como aversivos, ou seja, entendidos como uma ameaça (Clark & Beck, 2012). O medo e a apreensão ansiosa são respostas emocionais frente a uma situação entendida como perigosa ou ameaçadora, que motivam o indivíduo a buscar alguma forma de alívio desse estado emocional negativo, em função disso, uma resposta adaptativa ao medo é suscitada, e em seguida, desaparece quando a emoção negativa diminui. Mais especificamente, a ansiedade patológica é descrita como uma resposta intensa negativa associada a um sentimento de incontrolabilidade junto a uma hipervigilância tendenciosa a estímulos aversivos, a qual sugere uma prontidão necessária para responder a possíveis perigos ou eventos negativos, somados a crença de incapacidade frente a uma situação fóbica (Rosen & Schulkin, 1998).

Se por um lado, o medo adaptativo, não patológico, faz parte dos mecanismos de resolução de problemas, auxiliando o indivíduo a funcionar rapidamente de forma comportamental a uma situação de perigo, por outro, a ansiedade pode ser conceitualizada como um estado psicológico que diz respeito à antecipação de uma ameaça futura, e o medo é a reação emocional transitória em função de estímulos ou eventos específicos. Essa resposta de ansiedade e medo ocorre num contínuo saudável até tornar-se patológica, com isso, é experimentada tanto por indivíduos saudáveis como indivíduos patológicos. A ansiedade passa a ser considerada patológica quando não é relacionada na mesma medida à situação que a desencadeia ou quando não existe uma justificativa específica e realista que leve às consequências negativas, com isso acarreta prejuízo ao funcionamento social e ocupacional do indivíduo (Andrade & Gorenstein, 1998), podendo, sob estes aspectos, ser considerada como um transtorno de ansiedade.

Com relação às bases neurais da ansiedade e do medo, ambos apresentam relação com mecanismos do comportamento de defesa diante de estímulos ameaçadores ou mesmo situação de perigo. O comportamento vinculado a ansiedade ajuda aos indivíduos a permanecerem alertas em situações de incerteza e também na busca de informações adicionais quando não está claro se a situação é perigosa ou não (Montag, Reuter,

Jurkiewicz, Markett, & Panksepp, 2013). Uma das possíveis explicações relacionadas ao medo é a desregulação dos mecanismos vinculados ao desenvolvimento e manutenção do medo condicionado, pelo qual a amígdala tem uma relação direta com a aquisição e expressão do medo condicionado. Os transtornos de ansiedade exibem hiperativação da amígdala e hipoativação das áreas corticais (Indovina, Robbins, Núñez-Elizalde, Dunn, & Bishop, 2011).

Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais prevalentes na população (Hofmann & Otto, 2008). Dentre os transtornos de ansiedade, o transtorno de ansiedade social (TAS) é um dos mais comuns (Hofmann et al., 2013; Santos Filho, 2010) com uma prevalência de cerca 6,8% da população (Anteraper et al., 2014), sendo considerado o quinto transtorno mais incapacitante (Jazaieri, Morrison, Goldin, & Gross, 2015), ainda assim, a busca por tratamento é muito baixa (Santos, Osório, Loureiro, Hallak, & Crippa, 2011). Em 2010, em média 11,6% dos estudantes universitários brasileiros apresentavam sintomas de TAS (Santos Filho, 2010), e estima-se que a prevalência na população geral brasileira também seja alta, girando em torno de 5% a 13% (Book & Randall, 2002; Nardi, 2000).

A literatura aponta que os indivíduos com TAS tendem a se ocultar, deixando de procurar ajuda médica e/ou psicológica, por avaliar negativamente sua condição, (Raj & Sheehan, 2001) não percebendo seus sintomas como psiquiátricos ou merecedores de alguma forma de auxílio, sendo considerada uma condição subestimada e sub-reconhecida (Culpepper, 2006), além disso, mesmo quando os portadores de TAS procuram o tratamento, apenas 15% realmente o iniciam (Heeren, Mogoşe, McNally, Schmitz, & Philippot, 2015). Mesmo com a alta prevalência do transtorno, apenas mais recentemente é que o TAS vem sendo mais estudado, e, em 2009, pesquisadores apontaram que o TAS era o transtorno de ansiedade com o menor número de pesquisas e publicações (Crippa, 2009).

O TAS consiste em um medo ou ansiedade em situações sociais ou de desempenho nas quais o indivíduo está ou poderá estar exposto aos possíveis escrutínios por parte dos outros, ou mesmo situações em que o indivíduo teme agir de forma a ser avaliado negativamente pelos outros envolvidos na situação. A forma de agir envolve tanto o resultado do próprio comportamento como a evidenciação de sua ansiedade, seja por sintomas fisiológicos ou por sinais corporais. Em função do medo acentuado, essas situações são evitadas ou suportadas com intenso sofrimento. A resposta de ansiedade pode envolver uma gama de sintomas, desde sintomas fisiológicos (rubor, taquicardia,

tremor, entre outros), até sintomas psicológicos como congelamento, isolamento social, entre outros (American Psychiatric Association - APA, 2014).

Historicamente o TAS recebeu a nomenclatura de fobia social em 1966 por Marks e Gelder, os quais descreveram-na como um medo exagerado sobre controle ou vinculado a avaliação dos outros, o que leva a sofrimento e evitação durante uma situação de desempenho ou de interação. Posteriormente, a fobia social foi caracterizada como um medo acentuado e persistente de situações sociais ou de desempenho, nessa condição o indivíduo teme agir de modo que outras pessoas possam identificar seus sintomas de ansiedade lhes trazendo humilhação e vergonha. Nesse sentido, a exposição social é temida e pode acarretar em diversas respostas de ansiedade, evidenciadas de forma intensa, podendo alcançar até mesmo um ataque de pânico. Em decorrência dessa questão é possível detectar interferências significativas na rotina de trabalho, na vida acadêmica e social do portador. Além disso, o termo Transtorno de Ansiedade Social (TAS) foi apresentado também nessa edição como um sinônimo para fobia social, o qual posteriormente foi cunhado como principal tema, que se mantém até hoje (American Psychiatric Association, 1980, 2000).

Atualmente, o DSM – 5 (American Psychiatric Association, 2014) apresenta algumas mudanças com relação ao TAS. A terminologia transtorno de ansiedade social tornou-se oficial, tendo em vista o preconceito percebido pelos pacientes com o termo fobia social, o qual contribuía para uma impressão equivocada a respeito do paciente. Além disso, o medo primário foi mais bem descrito. Anteriormente era descrito como medo de agir ou demonstrar sintomas de ansiedade, hoje em dia é categorizado como medo de agir de maneira a evidenciar sintomas de ansiedade que serão avaliados de forma negativa por outras pessoas, levando a rejeição ou podendo ofender as outras pessoas. O medo de humilhação e constrangimento está presente em muitos pacientes com TAS, porém não em todos. Alguns pacientes apresentam medo de ofender, medo de se expressar emocionalmente, acreditando que este pode ser um sinal de fraqueza que acarretará em rejeição social (Heimberg et al., 2014).

Dentre as situações fóbicas, o medo de falar em público é o mais comum dentro da gama de medos sociais. A literatura indica que mesmo a população não clínica relata desconforto ou mesmo sofrimento, porém nem sempre preenche os critérios para TAS (Knappe et al., 2011). Os outros medos mais comuns são alimentar-se e escrever diante de outras pessoas, encarar figuras consideradas de autoridade, falar ao telefone e conversar com estranhos ou com pessoas do sexo oposto (Shin & Liberzon, 2010).

O transtorno inicia tipicamente na fase da adolescência e se não tratado de forma correta tende a seguir um curso crônico (D'El Rey, Pacini, & Chavira, 2006; Harbort, Spiegel, Witthöft, & Hecht, 2017). A idade média de início dos sintomas está localizada entre os 11 e 15 anos, período em que as habilidades sociais estão sendo aprendidas e/ou aprimoradas (Burke, Durke, Regier, & Rae, 1990). Embora o início do TAS, em sua maioria das vezes, ocorra durante a adolescência, vários estudos mostram alguns sinais de gravidade aparecendo até mesmo durante a infância (Stein, Chavira, & Jang, 2001), nesses casos, as crianças relatam ter poucos amigos, apresentam uma gama muito restrita de relações sociais e habilidades sociais deficientes (Scaini, Belotti, & Ogliari, 2014). Dessa forma, tendo em vista que no momento de seu início o TAS pode comprometer o desempenho escolar e o desenvolvimento das habilidades interpessoais, limitando futuramente as habilidades profissionais, este transtorno pode ser considerado até mesmo incapacitante (Culpepper, 2006).

Em relação à prevalência entre gêneros da ansiedade social, é possível perceber que a literatura ainda não apresenta um consenso sobre a incidência entre homens e mulheres. Alguns estudos apresentam que TAS é mais comum em mulheres (Wancata, Fridl, & Friedrich, 2009), enquanto outros não relatam diferenças significativas na divisão do transtorno entre os gêneros (Caballo et al., 2014). Com relação às variáveis sociodemográficas que podem estar correlacionadas com o início do transtorno, a literatura usualmente associa ao TAS às seguintes características: classe social mais baixa, problemas financeiros, nível baixo de escolaridade, desemprego, estado civil de solteiro, contudo, ainda não se sabe se tais variáveis contribuem efetivamente para o desenvolvimento do transtorno ou se elas são consequências do mesmo (Nardi, Quevedo, & Silva, 2014).

Com relação à etiologia, na análise da origem do problema é possível constatar que existem evidências substanciais a respeito da ligação familiar relacionadas aos filhos de pais com TAS, uma vez que pesquisas indicam que é notável um aumento do risco de internalização dos problemas e apresentar o transtorno daqueles aos quais os pais sofrem de TAS também (Spence & Rapee, 2016). Outros estudos indicam que parentes de primeiro grau de pacientes do transtorno em questão manifestam taxas mais altas de sintomas ansiosos quando comparados a parentes de participantes saudáveis (Fyer, Mannuzza, Chapman, Liebowitz, & Klein, 1993). É provável que os indivíduos geneticamente predispostos podem ser mais suscetíveis ao TAS, todavia, o transtorno parece ser o resultado de uma interação entre vulnerabilidade individual (temperamento,

reatividade ao stress, experiências anteriores) e fatores ambientais. As variáveis ambientais familiares incluem a personalidade dos pais, o estilo e as habilidades parentais dos mesmos, a superproteção ou mesmo atos de pais que impeçam os filhos de se envolverem em atividades, os quais parecem manter comportamentos de evitação em crianças e reforçando os comportamentos ansiosos e desencorajando comportamentos pró-sociais, aprendizagem através de observação e modelagem e, finalmente, predisposição genética. A estimativa de herdabilidade dos pacientes com TAS varia de 0,13 a 0,60, e a estimativa ambiental, de 0,31 a 0,78, evidenciando o importante papel de ambas as esferas, contudo, o papel dos fatores ambientais parece ser menos relevante (Scaini et al., 2014).

Sabe-se que o TAS se caracteriza por uma excitação fisiológica e emocional excessiva frente a uma atividade social ou de desempenho e que essas experiências repetidas vezes em situações consideradas a priori como inofensivas conduzem a um comportamento de esquiva. A região do cérebro mais frequentemente associada com a ansiedade e ao medo é a amígdala, que é essencial para o processamento inicial da memória emocional, da excitação fisiológica, da avaliação rápida do estímulo como fóbico e, conseqüentemente, da percepção de ameaça (Hahn et al., 2011).

O modelo teórico da ansiedade social propõe a ideia de que os ansiosos sociais acreditam que as outras pessoas são inerentemente críticas e, em função disso, provavelmente, o avaliarão de maneira negativa. Junto a essa ideia, os portadores de TAS atribuem uma importância fundamental e desadaptativa em ser avaliado positivamente em todas as situações sociais (Rapee & Heimberg, 1997).

Uma das características centrais do TAS é a autoimagem negativa, com isso, os ansiosos sociais não se sentem habilitados socialmente e se percebem como incompetentes, acreditando que serão sempre alvos de rejeição e humilhação (Moscovitch, Suvak, & Hofmann, 2010). Indivíduos com ansiedade social relatam apresentar imagens mentais negativas e distorcidas em situações ansiogênicas, e essas imagens tendem a representar seus piores medos como, por exemplo, se a preocupação do ansioso é de corar em frente a outras pessoas, sua imagem mental será relacionada ao seu rosto corado e todos percebendo essa reação de ansiedade. Clinicamente tais imagens mentais parecem problemáticas, tendo em vista que são negativas, e que o ansioso tende a acreditar que elas são um reflexo exato de como as outras pessoas o estão enxergando e, dessa forma, acredita que seu desempenho foi catastrófico, fazendo com que os sintomas de TAS se mantenham. Além disso, em função de tais imagens os indivíduos

com TAS acabam utilizando estratégias para não vivenciar ou para reduzir a ansiedade, as quais são chamadas de comportamentos de segurança, contudo, tais comportamentos impedem o paciente de desconfirmar seus medos e contribuir para mantê-los hostis e distantes de situações sociais (Wild, Hackmann, & Clark, 2008).

Os comportamentos de segurança vêm sendo alvo de estudos, os quais indicam que a utilização dos mesmos pelos ansiosos podem acarretar na impressão errônea de que tais indivíduos não estão interessados em relações sociais, afastando os outros de si próprios e mantendo o ciclo ansiogênico (Modini & Abbott, 2017; Wild & Clark, 2011). Além disso, tais comportamentos desempenham um papel crucial na manutenção da psicopatologia, tendo em vista que, quando utilizados pelo indivíduo fóbico, este tende a atribuir a não ocorrência de catástrofes à implementação desses comportamentos de segurança ao invés de considerar as suas conquistas na redução da ansiedade (Wells et al., 2016).

Outro componente central da ansiedade social é a evitação, a qual se refere aos esforços na tentativa de controlar ou evitar eventos internos desagradáveis, tais como emoções angustiantes, pensamentos negativos, sensações ansiogênicas, entre outros. O processo de evitação fornece alívio imediato, entretanto essa sensação prazerosa é temporária. Estudos mostram que o uso constante dessa forma de regulação emocional tende a aumentar as sensações negativas em vez de reduzi-las, com isso, a tentativa de evitar sentimentos e pensamentos de rejeição acaba amplificando esses sentimentos e, assim, aumentando a ansiedade sentida (Kashdan et al., 2014). Além disso, em função da utilização da estratégia disfuncional da evitação e da evitação do enfrentamento, hipotetiza-se que, ao longo do tempo, a estratégia de escapar das situações torna-se frequente, independentemente de a situação ser aversiva ou não (Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006).

A evitação atua como uma barreira para experimentar interações sociais significativas, com isso, essa estratégia está associada a menos comportamentos de interação social, o que interfere na manutenção das relações sociais já existentes e contribui para diminuir a capacidade de sentir-se satisfeito em função de seu comportamento em situações sociais. Acredita-se que um dos aspectos do desenvolvimento do TAS é o desejo de esconder todas as suas reações de ansiedade em situações sociais, em função do medo de que seus pontos vulneráveis sejam expostos, examinados e ridicularizados por outros (Gross & John, 2003; Moscovitch, 2009).

Em um estudo foi evidenciado que os indivíduos com TAS são mais propensos a sentir mais ansiedade ao usar a evitação como estratégia regulatória. Outro dado interessante foi o fato de que em situações em que eram alvo de críticas, a evitação foi menos utilizada mesmo com níveis elevados de ansiedade, já quando a situação era menos ansiogênica, as pessoas que utilizavam mais estratégias de evitação apresentaram índices maiores de ansiedade (Kashdan et al., 2014).

Segundo Osório, Crippa e Loureiro (2007), a evitação de situações fóbicas é frequente e constante em fóbicos sociais, porém quando tais situações são inevitáveis, ficam evidentes manifestações de altos níveis de ansiedade. Os sintomas somáticos mais comumente encontrados são: rubor, sudorese, palpitações/taquicardia, tremor, distúrbios gastrintestinais, bloqueio da fala e dor de cabeça (Araújo, Ronzani, & Lourenço, 2010; Santos Filho, 2010). Os indivíduos com TAS acreditam que sua aparência externa refletirá com precisão todas suas alterações fisiológicas de excitação, acreditando que serão alvo de escrutínio (Moscovitch et al., 2010).

Quando um indivíduo ingressa em uma situação social, em função da avaliação negativa, são ativadas percepções de alta probabilidade de falhas no desempenho, as quais desencadeiam sintomas cognitivos, comportamentais e somáticos. Essa rede de sintomas provoca desvio da atenção do ambiente para dentro de si próprio mantendo o ciclo de ativação ansiosa, sendo denominada atenção autofocada (Makkar & Grisham, 2011; Vriends, Meral, Bargas-Avila, Stadler, & Bögels, 2017). A atenção autofocada acarreta numa maior consciência interna e uma diminuição da consciência externa, deixando o ansioso preso num ciclo cognitivo, o qual leva ao aumento da ansiedade. Essa interferência pode levar o indivíduo a querer evitar tais situações ou a utilizar comportamentos de segurança e perpetuar o ciclo da ansiedade (Desnoyers, Kovoski, Fleming, & Antony, 2016).

Em função dessa forma negativa, os portadores de TAS tendem a evitar totalmente a interação social. Quando participam da interação, mesmo sofrendo, apresentam respostas de evitação sutis, como desviar o olhar durante uma conversa (Krohne & Hock, 2011). A ansiedade é tipicamente considerada como uma resposta a ameaça percebida (Beck & Emery, 1985), em situações sociais ou de desempenho, o estímulo ameaçador é o possível público e o principal resultado dessa ameaça é a avaliação negativa. Nesse sentido, o público temido não se refere somente a um grupo de observações intencionais, pois, para o portador de TAS qualquer pessoa externa a ele é considerada um potencial público, tendo em vista que essa pessoa pode perceber algum

indicativo de mal desempenho do mesmo. Ainda nesse sentido, não é necessário que haja uma interação real com o público para gerar ansiedade, consideram-se situações potencialmente ansiogênicas aquelas que possibilitam uma possível interação ou mesmo observação e, conseqüentemente, uma potencial avaliação negativa (Rapee & Heimberg, 1997).

Além da atenção autofocada, os portadores de TAS normalmente apresentam um viés de atenção voltado à ameaça. A ameaça refere-se a indicadores de possíveis avaliações negativas (caretas, sinais de insatisfação, sinais de tédio) e essa detecção, nos ansiosos sociais, acontece em situações fóbicas, mas também pode acontecer em situações cotidianas e pequenas, nesse momento o indivíduo compara a representação de como ele acredita que o público esperava-o ver com a representação mental de como ele acha que está se saindo, gerando um aumento da ansiedade e muitas vezes um prejuízo em seu desempenho (Enock, Hofmann, & McNally, 2014).

Segundo Mitte (2007), nos transtornos ansiosos, em função de seu mecanismo atencional enviesado, os estímulos ameaçadores são capturados mais eficazmente, tendo em vista que o foco da atenção dos mesmos está voltado à ameaça, dessa maneira, tais estímulos são percebidos de forma mais eficaz e lembrados com maior precisão. Os ansiosos sociais passam examinar seu ambiente buscando evidências que confirmem sua avaliação negativa. Ao encontrarem indícios que reafirmam a estimativa negativa de seu desempenho, todo o seu foco atencional permanece sobre esses pequenos indicativos, de forma que este indivíduo passa a concentrar todos os recursos atencionais na possível ameaça. Com isso, outras evidências que poderiam modificar a visão distorcida não são percebidas (Rapee & Heimberg, 1997).

Ainda em função desse processamento, os indivíduos acreditam que as suas dificuldades estão sendo refletidas e que com isso serão alvo de escrutínio. A partir daí desencadeia-se uma série de reações fisiológicas, tais como: taquicardia, sudorese, rubor, tremedeira entre outros (Picon & Knijnik, 2004; Wild et al., 2008). A ansiedade social é caracterizada por uma série de vieses cognitivos, que implica em seus portadores em uma maior tendência de recordar as experiências negativas dos eventos sociais (Morgan, 2010). A partir de tantas particularidades do funcionamento atencional, sabe-se que o viés atencional desempenha um papel importante no desenvolvimento e manutenção dos transtornos ansiosos (Enock et al., 2014).

Outra característica marcante é o fato de os portadores de TAS serem perfeccionistas, tentarem se destacar pelo alto senso de responsabilidade e por apresentar

um desempenho excelente, superando-se em tudo que fazem na tentativa de não se expor a represálias (Nardi et al., 2014). O perfeccionismo social está ligado à vergonha, medo de avaliação negativa e à discrepância entre os padrões percebidos pelos outros e o índice de autoeficácia de desempenho do ansioso social. Desse modo, a ansiedade é associada com o perfeccionismo, tendo em vista a preocupação em cometer erros e estar à altura das expectativas sociais dos outros e, somado a isso, os ansiosos acreditam que a possibilidade real dessas expectativas serem atingidas são pequenas. Um estudo mostrou que indivíduos com TAS apresentam uma discrepância importante entre seu real desempenho e a forma como eles se percebem. Ansiosos sociais possuem avaliação negativa em função de não cumprir com esses padrões, que são alimentados por pensamentos de autodepreciação (Flett & Hewitt, 2014).

Outra característica é a exagerada reatividade emocional e um perfil desadaptativo de regulação emocional evidenciado, por exemplo, pela repressão da expressão (Goldin et al., 2014). Segundo Jazaieri et al. (2015), indivíduos com TAS apresentam um repertório limitado de estratégias emocionais, muitas vezes os ansiosos sociais preveem respostas emocionais de possíveis situações futuras como negativas e com isso preferem evitar tais situações.

Quando comparados com indivíduos sem TAS, ficou evidenciado que portadores de TAS tendem a avaliar situações sociais como mais ameaçadoras e com maior probabilidade de ocorrência de desfechos catastróficos, com isso, os ansiosos elaboram suas vidas diárias a partir de uma seleção estratégica de situações que desejam evitar e situações que desejam vivenciar. Esse processo de evitação é entendido como “sucesso”, tendo em vista que a emoção e a sensação negativa foram realmente interrompidas, contudo, esse padrão mal adaptativo é reforçado, e a evitação impede o indivíduo de entrar em contato com suas emoções e, consequentemente, mantém a sensação de que as emoções são intoleráveis. Trabalhos recentes mostram que pacientes com TAS, quando comparados a indivíduos saudáveis, são mais propensos a acreditar que suas emoções não podem ser alteradas ou mesmo controladas (De Castella et al., 2014).

Adicionalmente, a imprevisibilidade das emoções é relacionada ao aumento de estresse, níveis severos de ansiedade, menor autoestima e menor satisfação com a vida. Os pacientes com TAS se percebem sem controle das respostas emocionais, independente do julgamento dos outros ou mesmo da avaliação negativa, e isso contribui para desencadear o uso de estratégias de regulação emocional desadaptativas, tais como a

evitação das situações sociais ou a supressão emocional na tentativa de não ficar vulnerável à falta de controle emocional (De Castella et al., 2015).

Um estudo sugeriu que os pacientes com TAS usam estratégias de regulação emocional adaptativa, tais como reavaliação cognitiva, com menos frequência quando comparado a adultos saudáveis, ou seja, saudáveis reavaliam a emoção sentida, mudam o significado do estímulo de origem e assim modificam as reações emocionais das situações ansiogênicas, levando a maior flexibilidade psicológica e bem-estar emocional (Goldin et al., 2014). No constructo do TAS, o deficit na reavaliação cognitiva está relacionado a modificação dos pensamentos negativos, tanto antes da situação, durante ou mesmo depois (Goldin, Manber, Hakimi, Canli & Gross, 2009).

Além desse modo de funcionamento, os portadores de TAS caracterizam-se por serem inibidos, autocríticos nas situações sociais, comportando-se de maneira rígida e tensa, o que acarreta em prejuízos reais no seu desempenho social (Clark & Beck, 2012). Sabe-se que indivíduos com intenso medo e/ou desconforto em situações sociais e/ou de desempenho se sentem expostos e inseguros com a impressão que os outros formarão a seu respeito, temendo um possível escrutínio. Com efeito, o escrutínio é visto por esses indivíduos como o pior desfecho possível de uma situação social (Schneier, Heimberg, Liebowitz, Blanco, & Gorenstein, 2012).

Níveis altos de ansiedade afetam negativamente o desempenho global do paciente, tais como o desempenho social, desempenho acadêmico, as percepções interpessoais (julgamentos sociais, autopercepções, meta percepções e percepção do outro, interpretação de eventos sociais e processamento de expressões faciais) e influenciam diretamente na competência social (Angélico, Crippa, & Loureiro, 2006). Em comparação com indivíduos sem ansiedade, os indivíduos com TAS relataram ter menos amigos, menos parceiros amorosos, empregos com menos prestígio do que se esperaria com base no nível educacional (Rodebaugh, 2009). Os portadores de TAS não se sentem habilidosos socialmente, se percebem como socialmente incompetentes e visivelmente ansiosos, acreditando que em situações sociais são sempre alvos de rejeição e humilhação (Moscovitch et al., 2010).

As habilidades sociais são essenciais para o ajustamento e adaptação em uma sociedade (Rutherford, Dupaul, & Jitendra, 2008). Dentro do conjunto de habilidades sociais relevantes se destacam as habilidades de comunicação, incluindo fazer perguntas e responder, dar e pedir *feedback*, elogiar, iniciar e manter uma conversa e encerrar uma conversa; habilidades de civilidade, abordando palavras cordiais, agradecimentos,

apresentar-se; habilidades assertivas de enfrentamento e de cidadania, como expressar opinião; habilidades empáticas e de expressão de sentimentos. Tais habilidades estão na base para um desempenho socialmente competente (Del Prette & Del Prette, 2009).

Déficit nas habilidades sociais dificultam o funcionamento social do indivíduo. Algumas pesquisas apontam que os indivíduos com TAS apresentam déficit de habilidades sociais, como, por exemplo, não manter contato visual, todavia, a literatura não apresenta consenso sobre essa temática. Outros estudos apontam que os indivíduos se sentem sem habilidades sociais, porém, quando o comportamento é observado em exposições ou mesmo em experiências comportamentais, as habilidades são consideradas dentro dos limites normais (Bruce, & Heimberg, 2013).

Indo ao encontro do estudo anterior, Cody, Steinman, e Teachman (2015) apontam que embora indivíduos socialmente ansiosos acreditem que apresentam déficit de habilidades sociais reais, os achados sugerem que na verdade estes indivíduos exageram negativamente em sua avaliação de habilidades, por exemplo, Rapee e Lim (1992) descobriram que indivíduos com TAS avaliaram-se mais negativamente do que um grupo de expectadores.

Beck e Clark (1997) apresentaram resultados que indicam que a ansiedade está ligada a esquemas cognitivos desadaptativos. Os esquemas podem ser entendidos como agrupamentos estruturados de conceitos os quais utilizamos para representar eventos, situações e até nossas relações (Eysenck & Keane, 1994), ou seja, os esquemas são utilizados no processo de interpretação dos estímulos ambientais para possibilitar o acesso às informações mnemônicas e assim organizar as próximas ações e determinar metas. Beck (1979) definiu os esquemas como uma rede estruturada e inter-relacionada de crenças, as quais orientem os indivíduos em suas atitudes e posturas, quer dizer, são estruturadas de cognição com significado. Quando um esquema está hipervalente, este esquema predomina sobre os outros esquemas, se o esquema for desadaptativo, isto é, aquele que gera algum prejuízo significativo, ele sobressairá sobre os esquemas adaptativos, dessa maneira, o esquema induz um viés no processamento das informações (Beck, Freeman, & Davis, 2005).

Segundo Hackmann, Clark, e McManus (2000) , as cognições distorcidas incluem a superestimação da probabilidade de desfechos negativos de situações importantes, por exemplo, em fóbicos sociais, a superestimação da probabilidade de ser avaliado negativamente ou de que alguém irá o rejeitar. Nos pacientes com TAS, quando um esquema disfuncional está ativado, o mesmo cria uma forma de viés que direciona

todos os processos cognitivos e o significado de todas as informações codificadas a esquemas semelhantes. Esse processamento acarreta distorções em todos os processos cognitivos, em todas as etapas situacionais, ou seja, antes da exposição, durante a exposição e após a exposição (Cody & Teachman, 2010). Segundo Ito, Roso, Tiwari, Kendall e Asbahr (2008), as principais crenças dos pacientes com TAS são relacionadas ao medo de cometer erros e ser rejeitado, de ser incapaz, anormal e de ser inferior.

Além dos fatores de manutenção já descritos acima, o processamento pós-evento é um componente importante para a manutenção do TAS. Este processamento refere-se a uma tendência a envolver-se de maneira repetitiva com a situação já vivenciada, ou seja, o indivíduo revive mentalmente inúmeras vezes a situação. Nesse processo a situação é revista de maneira detalhada, repensando sobre todos os aspectos negativos, sobre seu desempenho e sobre os possíveis desfechos. Esse processo faz com que as crenças negativas e os esquemas desadaptativos sejam reforçados e consolidados (Chen, Rapee, & Abbott, 2013).

Segundo Clark e Wells (1995), o processo de reviver mentalmente é dominado por sentimentos e angústias relacionados a ansiedade, os quais reforçam e amplificam a autoavaliação negativa e todos os pensamentos condizentes com essa crença, que foram processados durante o evento ansiogênico, conseqüentemente, a consolidação dessas crenças contribui para o aumento da ansiedade antecipatória, o afeto negativo e as interpretações negativas da situação social, resultando na manutenção do medo social. Sabe-se que indivíduos com TAS envolvem-se em níveis desmedidos de ruminação pós-evento. Além disso, a ruminação está associada a crenças negativistas sobre si mesmo (Brozovich & Heimberg, 2008), pois o mesmo modelo que mantém a ansiedade social é o que mantém a ruminação pós-evento (Modini & Abbott, 2017). Autores comentam que adicionalmente os pacientes com TAS tem a percepção de que algum aspecto de si é inaceitável para os outros (Rodebaugh et al., 2017).

Na base das crenças dos indivíduos com TAS está o intenso desejo de ser aceito por um bom desempenho social e uma insegurança na própria capacidade de fazê-lo. Os indivíduos portadores de TAS não conseguem avaliar seu desempenho e suas capacidades sociais como positivos, sentem-se constantemente criticados (Falcone & Figueira, 2001).

Outro fator importante nos pacientes com TAS é a presença de comorbidades. Cerca de 80% dos portadores de TAS apresentam comorbidades psiquiátricas adicionais, sendo a grande maioria transtorno do humor, principalmente do humor depressivo, em que a prevalência varia de 17% a 70% entre os fóbicos sociais (Araújo et al., 2010; Barros

Neto, 2000). Ansiosos sociais apresentam maior probabilidade de desenvolver transtorno depressivo do que a população geral, principalmente nos primeiros dois anos após o início do quadro ansioso (Ohayon & Schatzberg, 2010). Além de outros transtornos ansiosos e abuso de substâncias, levantando a hipótese que TAS seria fator de risco para outras comorbidades psiquiátricas (Kessler et al., 2008).

1.1.1 Transtorno de Ansiedade Social e Comorbidades

O TAS é um transtorno muito prevalente e está associado a um grande prejuízo de qualidade de vida, funcional e nas áreas educacionais, sociais e ocupacionais. Além disso, a taxa de comorbidades com outros transtornos é muito alta. Segundo Clauss e Blackford (2012) 70% dos adultos com TAS apresentam em algum momento um transtorno psiquiátrico comórbido. Dentre as comorbidades mais frequentes é possível evidenciar depressão, abuso de substância, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno bipolar, agorafobia, transtorno de pânico e maior risco de tentativa de suicídio. Em média 38% dos pacientes com TAS apresentam algum transtorno de ansiedade comórbido, e essa porcentagem aumenta à medida que aumenta a gravidade do TAS, cerca de 92% dos indivíduos com sintomas agravados de TAS apresentam alguma das comorbidades mencionadas anteriormente.

Com relação a comorbidades de TAS e depressão, mesmo com o elevado índice de comorbidades, a literatura ainda não é unânime sobre qual transtorno procede o outro. Nardi (2000) afirma que os pacientes fóbicos apresentam uma “síndrome geral de desmoralização”, responsável pelos sintomas de humor deprimido, fazendo com que pacientes deprimidos restrinjam suas atividades sociais devido à perda de interesse e prazer e não devido aos sintomas ansiosos. Stein et al., (2001) apontam que o transtorno ansioso antecede a depressão. A depressão está associada à incapacitação funcional e ao comprometimento social e ocupacional, em função do alto índice dessas comorbidades, estudos almejam entender a relação entre os transtornos. Indivíduos com TAS têm maior probabilidade de desenvolver um quadro de depressão nos dois primeiros anos do TAS, além disso, adolescentes com TAS apresentam maior probabilidade de sofrer um transtorno depressivo comórbido após dois anos do surgimento do TAS até o quinto ano do início do problema. Conjunturalmente, a literatura tem evidenciado que o início precoce do TAS tem sido associado a um maior risco de desenvolver depressão (Ohayon & Schatzberg, 2010).

Tal compreensão é de suma importância, tendo em conta que pacientes com essa comorbidade apresentam níveis elevados de sofrimento e comportamentos de esquiva, (Araújo et al., 2010) gerando prejuízo no funcionamento social, fazendo com que eles se sintam inseguros e inadequados. Com relação ao viés atencional, especula-se que a presença de depressão comórbida pode atenuar o viés atencional de sinais emocionais dos pacientes com TAS, proporcionando assim uma menor vigilância para estímulos ameaçadores e ocasionando menos comportamentos evitativos socialmente em situações entendidas como ameaçadoras.

O transtorno do uso de álcool e o TAS estão entre as cinco doenças psiquiátricas mais presentes, e esta comorbidade está associada a grave morbidade. Um estudo estimou a prevalência entre esses dois transtornos, os resultados evidenciaram que a prevalência ao longo da vida dessa comorbidade é de 2,4%, entre os pacientes com TAS, enquanto a prevalência de dependência de álcool é em média de 27,3% e a prevalência de abuso de álcool é de 20,9%. A presença dessa comorbidade foi significativamente maior em mulheres, em indivíduos com idade entre 45 a 65 anos, além disso, os participantes com nível de escolaridade inferior ao ensino médio tinham mais chances de apresentar o uso de álcool (Schneier et al., 2010).

Outro estudo evidenciou a depressão como o transtorno comórbido mais frequente (53,9%), seguido por outros transtornos de ansiedade (43,3%), dentre esses os mais frequentes foram fobias específicas, ansiedade generalizada e agorafobia. Além disso, todos esses transtornos também foram evidenciados em uma população com sintomas de TAS, mas sem diagnóstico formal, ou seja, aqueles participantes com características de TAS. Com relação ao uso e abuso de substâncias, a principal substância observada foi álcool, seguido por *cannabis*. Ademais, foi evidenciado uma coocorrência baixa de transtorno alimentar (Filho et al., 2010).

Sabe-se que o TAS comórbido a outros transtornos de ansiedade e depressão tende a apresentar uma piora em sua gravidade, maior comprometimento funcional, piora na qualidade de vida e menos sucesso ao longo do tratamento. Um estudo evidenciou que a comorbidade de TAS com depressão potencializa disfunções na regulação das emoções (Burklund, Craske, Taylor, & Lieberman, 2015). Segundo Beck e Clark (1997), em função da ansiedade ocorrem distorções no processamento de informações, conduzindo a uma sensibilidade perceptiva e um enviesamento da memória, recentemente evidenciou-se que a depressão também contribui para um aumento de viés de memória (Toffalini,

Mirandola, Coli, & Cornoldi, 2015), com isso, torna-se necessário estudar as implicações do TAS levando em consideração também suas comorbidades.

1.1.2 Transtorno de Ansiedade Social e Falsas Memórias

A memória pode ser entendida como o meio pelo qual os indivíduos recorrem às experiências passadas a fim de usar essas informações, ou seja, consiste em um processo relacionado à retenção, codificação, armazenamento e recuperação de informações vivenciadas (Sternberg, 2000). Contudo, as lembranças podem apresentar algumas formas de erros ou distorções.

Dentre os diversos tipos de erros mnemônicos apresentados, um deles é o esquecimento. Acredita-se que grande parte das informações que são apresentadas ao longo da vida são esquecidas (Izquierdo, Bevilaqua, & Cammarota, 2006). Além disso, outra forma importante de erro são as chamadas falsas memórias.

Segundo Roediger e McDermott (2000), as falsas memórias são um dos tipos de distorção mnemônica, que consiste na recuperação de eventos que nunca foram vivenciados, ou seja, na lembrança de eventos que na realidade não ocorreram da forma como é lembrado e tais lembranças são recordadas como se realmente fossem verdadeiras. São memórias que ultrapassam a experiência real, incluindo interpretações e até mesmo contradizendo a experiência real (Reyna & Lloyd, 1997). Para se realizar pesquisas sobre esse constructo, deve-se abranger também o conceito de memórias verdadeiras, sendo estas consideradas como as lembranças de fatos e/ou eventos que realmente ocorreram (Bianco, Stein, & Pergher, 2005).

Estudos já evidenciaram que durante uma recordação falsa as pessoas realmente acreditam que o fato recordado aconteceu conforme sua lembrança, com isso, a percepção espontânea de uma falsa memória é muito difícil. A dificuldade na diferenciação entre uma recordação distorcida e uma recordação fidedigna se deve ao fato de que os indivíduos acreditam piamente sobre a sua recordação e, com isso, apresentam a capacidade de descrever as situações em mínimos detalhes, ainda que elas nunca tenham acontecido (Eisenkraemer, 2006).

Mojardín-Heráldez (2008) afirma que as falsas memórias não são fenomenologicamente diferentes das memórias verdadeiras, mas são diferentes em suas bases neuropsicológicas. As falsas memórias são acompanhadas por uma grande riqueza de detalhes e por interpretações que as fazem parecer tão reais como as memórias

verdadeiras. Em um estudo feito por Schacter, Verfaellie e Pradere (1996) com a utilização de técnica de neuroimagem, evidenciou-se que as áreas do cérebro ativadas foram diferentes a respeito de falsas memórias e de memórias verdadeiras. As memórias verdadeiras ativaram a área do hipocampo esquerdo, já as falsas memórias ativavam também a área frontal.

Torna-se importante realizar a diferenciação entre o processo de distorção e a mentira. Na mentira o fato que está sendo contado é sabidamente uma mentira para quem está o contando, mesmo sustentando o fato como se fosse verdade (Alves & Lopes, 2007; Payne, Elie, Blackwell, & Neuschatz, 1996). De acordo com Alves (2006), as simulações e as mentiras são embasadas na pressão social. Já as falsas memórias são fenômenos cognitivos, ou seja, fenômenos mnemônicos, os quais o indivíduo que a está vivenciado não tem consciência de que é fruto de um processo distorcido.

A memória é inerentemente uma reconstrução de um fato que foi memorado, durante o processo de recordação tornam-se conscientes informações passadas para formar uma narrativa coerente, porém nesse processo de recordação as lembranças são moldadas de acordo com a experiência já vivida de quem está recordando (Bernstein & Loftus, 2009), com isso, acredita-se que toda memória é, em algum grau, falsa. Segundo Storbeck e Clore (2011), as memórias, tanto fidedignas como distorcidas, são impactadas pela forma como a informação foi aprendida. Toda cognição que está sendo utilizada momentaneamente exige uma interação contínua entre o que foi armazenado na memória e também as percepções do evento a ser recordado, nesse processo novas informações podem ser envolvidas, trazendo à tona novas interpretações da memória.

Desde a década de 90 pesquisadores têm se voltado para o estudo das falsas memórias. Segundo Stein e Neufeld (2001), tais pesquisadores eram motivados em função das implicações clínicas e jurídicas de tais fenômenos, visto que a ocorrência de falsificação mnemônica é tão comum no cotidiano das pessoas, bem como o esquecimento.

O termo “*falsas lembranças*” surgiu em 1881, cunhado por Theodule Ribot. Os primeiros estudos experimentais sobre falsas memórias foram realizados por Binet em 1900 e por Stern em 1910, nos quais ambos propunham realizar um trabalho com crianças. Em 1932, estudos sobre falsificação mnemônica em adultos foram apresentados por Barlett, que destacou a importância das expectativas individuais em relação à memória de fatos, constatando que os participantes reconstruíam a história vista no

experimento, com base em suas expectativas individuais, e não a lembravam exatamente como havia sido apresentada (Stein & Neufeld, 2001).

Já na década de 70, Elizabeth Loftus iniciou suas pesquisas sobre o fenômeno da falsificação mnemônica, abordando a combinação de memórias atuais com a sugestão de outras pessoas (1997). Loftus e Palmer (1974) inovaram o campo de pesquisa introduzindo um novo método de estudo chamado de Paradigma da Falsa Informação ou Sugestão, ou seja, um modo de ocorrência de falsas memórias a partir da inserção de uma nova informação a uma memória de uma experiência realmente vivenciada. Nesse paradigma era apresentada uma informação vinculada a uma experiência vivenciada, porém carregada de informações falsas, resultando na produção de falsas memórias e na diminuição das memórias verdadeiras. Com isso, constatou-se que as falsas memórias podem ocorrer de dois modos: espontaneamente ou via implantação de sugestão de falsas informações. As geradas espontaneamente são endógenas, isto é, internas ao sujeito e resultam do processo normal de compreensão, obra de processos de distorção mnemônicas sem a interferência externa de uma outra pessoa.

Uma outra forma de distorção endógena é a recordação de uma informação que se refere a um determinado evento como pertencente a outro (Brainerd & Reyna, 2005). Segundo Reyna e Brainerd (1995), na autossugestão o indivíduo lembra somente o significado, ou seja, a memória da essência sobre o fato, gerando novas informações e, com isso, quando se compara a memória da essência do evento com a informação recordada, acaba por julgar que lembrou a informação correta devido à similaridade de significados entre elas. Segundo Howe, Toth e Cicchetti (2011), a idade exerce papel fundamental com relação às distorções espontâneas, visto que adultos são mais suscetíveis às distorções mnemônicas espontâneas do que crianças.

Já o procedimento de implantação de sugestão de falsa informação consiste na apresentação de uma informação falsa compatível com a experiência que, assim, passa a ser incorporada na memória (Neufeld, Brust, & Stein, 2008). Elas advêm de sugestões externas ao sujeito, devido à aceitação de uma falsa informação posterior ao evento ocorrido, podendo ocorrer tanto de forma acidental quanto de forma deliberada, produzindo uma redução das lembranças verdadeiras e um aumento das falsas memórias (Brainerd & Reyna, 2005; Lindsay, Allen, Chan, & Dahi, 2004). Com isso, esse efeito de sugestionabilidade pode ser entendido como uma aceitação e subsequente incorporação na memória de falsas informações, posterior a ocorrência do evento original (Gudjonsson, 1986).

Alguns modelos teóricos tentam explicar o fenômeno das falsas memórias. De acordo com o Paradigma Construtivista, a memória consiste em sistema único a ser construído a partir da interpretação que as pessoas fazem dos eventos, sendo o resultado do que as pessoas entenderam sobre a experiência e não a experiência em si. Para essa teoria, as falsas memórias ocorreriam devido ao fato de eventos realmente vividos serem influenciados pelas interferências de cada indivíduo (Neufeld, Brust, & Stein, 2010).

Outro modelo teórico é o do monitoramento da fonte que enfatiza que as falhas da memória são consequências de um julgamento errôneo da fonte da informação lembrada. As falsas memórias poderiam acontecer devido a dois fatores: semelhanças entre um evento recordado a outro evento vivenciado e quando a situação demanda um cuidadoso monitoramento da fonte das lembranças recuperadas (Johnson, Hashtroudi, & Lindsay, 1993).

O último modelo é sobre a Teoria do Traço Difuso (TTD), o qual tem se destacado na literatura. Esta teoria entende que o nosso processamento cognitivo busca caminhos que facilitem a compreensão, preferindo a simplificação e a busca pelo que é essencial da experiência (Neufeld et al., 2010). Contradizendo teorias anteriores, para a TTD, a memória não é um sistema unitário, é composta de dois sistemas distintos e independentes de memória, processados paralelamente, sendo elas: a memória da essência e a memória literal.

A memória da essência é ampla, armazenando somente as informações inespecíficas, apenas o significado da experiência, a compreensão do significado e o padrão que foi obtido com a codificação da experiência (Rodrigues & Albuquerque, 2007). A memória literal é a codificação das informações específicas, registrando e armazenando detalhes, sendo assim mais suscetível ao esquecimento e à interferência (Brainerd & Reyna, 2005).

A performance da memória se baseia na recuperação de ambos os traços, tanto literais como da essência. As taxas de esquecimento de cada tipo de representação são diferentes, sendo a memória de essência mais estável ao longo do tempo do que as literais, e o declínio da memória para os detalhes acontece mais rapidamente do que para a essência (Howe, Garner, Charlesworth, & Knott, 2011; Huff & Hutchison, 2011; Swannell & Dewhurst, 2012). Segundo Holliday, Brainerd e Reyna (2011), a memória da essência é a base para aceitar falsas memórias e a memória literal é a base para rejeitá-las.

A memória literal é mais susceptível às interferências, portanto, o armazenamento e a recuperação das memórias são dissociados (Reyna & Lloyd, 1997), o que facilitaria, em certa medida, a formação de falsas memórias com a passagem do tempo. Acredita-se que a recordação de eventos com algum nível de distorção, ou seja, aqueles que não são recordados exatamente da forma como são lembrados (Brainerd & Reyna, 2010) fazem parte de um processo em que desaparecem os vestígios da memória detalhada, sendo uma representação ampla do que foi memorizado (Huff & Hutchison, 2011; Swannell & Dewhurst, 2012).

As falsas memórias vêm sendo estudadas através de vários tipos de procedimentos experimentais, tais como: sequências de slides (Cahill, Prins, Weber, & McGaugh, 1994), sentenças (Franks & Bransford, 1971) listas de palavras (DRM: Paradigma Deese / Roediger-McDermott) (Brainerd, Stein, Silveira, Rohenkohl, & Reyna, 2008; Roediger & McDermott, 1995) e videotapes (Loftus & Palmer, 1974). Normalmente experimentos que visam investigar as falsas memórias contam com um material alvo, em seguida a apresentação de tarefas de distração que incentivam o esquecimento da informação armazenada no material-alvo e, por fim, a finalização com um teste para recuperar as informações, possibilitando verificar a quantidade de memória que foi recuperada, tanto as falsas como as verdadeiras (Neufeld et al., 2010).

Para avaliar esse processo de falsas memórias, um dos procedimentos utilizados para esse estudo é o procedimento DRM de Roediger e McDermott (1995). Neste procedimento listas de palavras semanticamente relacionadas que giram em torno de um mesmo tema são apresentadas (por exemplo: *costura, linha, fina...*, dizem respeito sobre o tema *agulha*). A palavra relacionada (exemplo: *agulha*) é considerada a palavra crítica e não é mencionada na etapa de memorização. O efeito estudado consiste em verificar se a palavra crítica é recordada como uma palavra apresentada anteriormente a partir de um teste de reconhecimento dos itens (Stein, Feix, & Rohenkohl, 2006).

A dúvida que permanece é porque algumas pessoas estão mais propensas a ter um maior índice de falsas memórias? Estudos têm evidenciado que são vários os fatores que impactam a memória. Zhu et al. (2010) propõem que grande parte dessas divergências decorrem em função de diferenças individuais, os fatores mais examinados em estudos atuais foram inteligência, fatores de personalidade e experiências dissociativas.

Winograd, Glover e Peluso (1998), a partir de um conjunto de dez características individuais, apontaram que apenas os níveis elevados de experiência dissociativa e de

imagens mentais vividas se correlacionam com a produção de falsas memórias. Em uma amostra feminina, o sentimento de baixa competência foi o item mais relacionado à ocorrência de falsas memórias.

Ávila e Stein (2006) também realizaram uma investigação relacionando o fator de personalidade neuroticismo com a suscetibilidade às falsas memórias, tendo em vista as características desses traços de personalidade, que se referem ao nível crônico de desajustamento e instabilidade emocional, níveis de ansiedade e depressão, além de maior vulnerabilidade às frustrações, autocríticas e baixa autoestima. Nesse estudo, conclui-se que nenhum dos subfatores do neuroticismo apresenta efeito principal no desempenho da memória, porém em relação ao subfator desajustamento psicossocial, os participantes apresentaram maior número de falsas memórias.

Segundo Sanford e Fisk (2009) , diferenças individuais no traço extroversão – introversão são relacionadas à performance de memória, indicando que os extrovertidos demonstraram ser mais eficazes em relação à memória semântica ao fazer julgamentos, parecendo que pessoas extrovertidas têm uma vantagem mnemônica nos processos de memória, porém é importante frisar que extrovertidos também são suscetíveis às falsas memórias. Tais pesquisadores se preocuparam em investigar as diferenças individuais na extroversão e introversão, sobre a falsa recordação de itens críticos, obtendo resultados controversos, onde os extrovertidos lembraram mais itens críticos, porém falsos, em relação aos introvertidos.

Em um recente estudo, Neufeld, Brust-Renck, Rocha, Sossella e Rosa (2013) testaram 200 estudantes universitários no intuito de verificar a existência de efeito das características de personalidade medidas pelo Inventário Fatorial de Personalidade - IFP na distorção mnemônica para listas de palavras. Evidenciaram que dentre as categorias de medida do IFP, a desejabilidade social foi um dos preditores do aumento dos índices de falsas memórias nessa população. Outro estudo, que visou correlacionar o constructo da desejabilidade social com vários fatores psicológicos, mostrou que esse constructo está diretamente relacionado com a ansiedade, o que significaria que pessoas com desejabilidade social alta tendem a tentar “esconder” seus traços de ansiedade (Gouveia, Guerra, Sousa, Santos & Costa, 2009).

Segundo Arnold, Feldman e Purbhoo(1985) , a desejabilidade social é uma inclinação de alguns indivíduos a evidenciar, em maior frequência, características que acreditam que sejam desejadas socialmente e, em contrapeso, a não evidenciar as características que julgam não serem aceitas socialmente. Em função da vivência em

sociedade, os indivíduos são influenciados e influenciam os comportamentos e as crenças dos indivíduos ao seu redor, ajustando-se para se manter em comunidade, evitando o isolamento (Asch, 1955). Todos os indivíduos apresentam tais características, porém os ansiosos sociais apresentam-nas em excesso, passando esta questão a ser patológica.

O trabalho de Barbosa (2009) verificou o efeito da ansiedade em relação à performance de memória através de um experimento utilizando lista de palavras. Foi constatado que pessoas com altos índices de ansiedade apresentavam diminuição no desempenho da memória, tornando-se mais suscetíveis às falsificações. Com relação às características específicas de ansiosos sociais e as distorções mnemônicas, a literatura indica que um dos fatores que acarreta grande comprometimento mnemônico é a crença de que a memorização de outras pessoas é melhor do que a do examinado. Além disso, quando sujeitos avaliam que o custo social de discordar é elevado, a tendência é aceitar o que foi proposto e acreditar que seja verdadeiro (Horry, Palmer, Sexton, & Brewer, 2012).

Um estudo apontou que indivíduos menos confiantes em si mesmos aceitam mais o modo como a situação foi recordada da pessoa mais confiante. O medo da avaliação negativa impacta diretamente a avaliação de alto custo em discordar. Algumas características como iniciar a conversa e ser mais proativo estão presentes nos participantes menos influenciáveis. Além disso, o custo social que está envolvido na ação de discordar aborda o medo da avaliação negativa e o possível isolamento social. Segundo o modelo proposto a conformidade de memória pode acontecer conscientemente, ou seja, o indivíduo sabe que ele está aceitando uma forma de recordação diferente da sua própria em função do alto custo social em discordar. Além disso, um desvio no processamento de informações sociais também poderia acarretar na conformidade de memória, ou seja, aquele participante que não se sente confiante sobre sua recordação em função de suas crenças relacionadas a ansiedade de performance, somadas a crença de que ele não prestou a atenção necessária a situação, deixa o indivíduo mais propenso a aceitar a informação recordada por terceiros, de forma consciente. Pessoas que temem avaliação negativa de terceiros são mais propensos a se unir à memória dos outros, com isso evidenciou-se que indivíduos com mais sintomas indicativos de TAS apresentam maior tendência a aceitar o modo como foi recordado por outra pessoa (Wright, London, & Waechter, 2010).

Como dito anteriormente, a ansiedade envolve um prejuízo atencional principalmente relacionado a conteúdos negativos voltados para algum alvo fóbico (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2007), nessas

situações fóbicas os ansiosos tendem a detectar e codificar os estímulos ameaçadores mais facilmente e mais rapidamente do que os estímulos neutros. Por exemplo, ao dar um discurso, um indivíduo com TAS tende a prestar atenção nos rostos os quais estão franzindo a testa em um público cheio de rostos sorridentes, além disso, são menos propensos a lembrar de algum feedback positivo sobre o seu desempenho após o discurso (Cody et al., 2015). Tem se hipotetizado que este viés atencional causa um viés de memória. Se a informação ameaçadora está facilmente disponível para ser recordada, então isso desencadeia um círculo vicioso da ansiedade. Um estudo evidenciou que os participantes ansiosos apresentaram poucos erros mnemônicos relacionado a eventos positivos (Toffalini et al., 2015).

Um outro fator importante na manutenção da ansiedade social são os vieses de memória, Clark e Wells (1995) sugerem que indivíduos com TAS são mais propensos a lembrar de memórias relacionadas a experiências sociais negativas, as quais reforçam sua autoimagem negativa. Outro estudo com foco no processamento de informações dos portadores de TAS utilizando o modelo teórico aponta que indivíduos socialmente ansiosos tendem a examinar seu interior, tendo dificuldade de dedicar sua atenção para os sinais do exterior, gerando um deficit da memória; sugeriu que os indivíduos ansiosos apresentam vieses de memória para informações ameaçadoras, ou seja, os indivíduos com ansiedade social supervalorizam as memórias relacionadas às informações ameaçadoras e também lembram mais memórias negativas relacionadas à ansiedade social. Outra informação relevante encontrada nesse estudo foi a de que os participantes ansiosos sociais agregam as lembranças das experiências sociais negativas para sua própria identidade (Morgan & Southwick, 2014).

Beck e Clark (1997) propõem que os ansiosos têm dificuldade de concentrar-se e tendem a ter raciocínio distorcido, em função do estreitamento da atenção e abstração seletiva de informações ameaçadoras, ou relacionadas com ameaça, ou seja, os ansiosos tendem a focar a atenção para as informações consideradas ameaçadoras, sendo que essas características são ainda mais marcantes nos ansiosos sociais. Os ansiosos sociais são extremamente atentos a seu próprio comportamento e aos comportamentos de terceiros envolvidos na situação, associado a esse foco de atenção, os ansiosos tendem a interpretar esses comportamentos como possíveis evidências de avaliação negativa.

Indo ao encontro com a literatura, Liang, Hsu, Hung, Wang e Lin (2011), a partir de um estudo com lista de palavras, relatou que os ansiosos sociais esquecem mais facilmente as palavras positivas. Zhu et al., (2010) realizaram um estudo comparando

habilidades cognitivas e personalidade com índice de falsas memórias, o qual mostrou que baixas habilidades de resolução de problemas, medo da avaliação negativa, cooperativismo elevado e dependência de recompensa são características de sujeitos mais vulneráveis às distorções mnemônicas. Em estudo anterior, Palma (2012) detectou que portadores de TAS, submetidos ao alerta emocional, apresentaram índices superiores de memórias verdadeiras em comparação com participantes sem características clínicas, já quando os portadores de TAS não eram submetidos ao alerta emocional, apresentaram índices superiores de falsas memórias.

Já com relação ao transtorno depressivo maior, o qual é a principal comorbidade de TAS, sabe-se que esses indivíduos apresentam mais falsas memórias para itens negativos quando estão comórbidos com TAS, sugere-se que essa combinação pode estar relacionada ao aumento da suscetibilidade às falsas memórias (Cody et al., 2015).

Tendo em vista o grande sofrimento sentido pelos portadores de TAS e a intensa limitação de sua vida cotidiana, algumas formas de intervenção são recomendadas, tais com psicoterapias e tratamento medicamentoso. Estudos apontam que a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) tem se mostrado muito eficaz para os portadores de TAS (Hedman, Andersson, Ljótsson, Andersson, Rück, & Lindefors, 2011; Jørstad-Stein & Heimberg, 2009), com resultados imediatos e também duradouros. Dentro dessa perspectiva, a modalidade em grupo é a que mais vem sendo aplicada e estudada nessa população (Antón, Olivares, & Amorós-Boix, 2012), mostrando também sua eficácia a curto e longo prazo (Heimberg & Becker, 2002; Rodebaugh, Holaqay, & Heimberg, 2004).

1.2 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPOS

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma abordagem terapêutica estruturada, diretiva, com metas claras e bem definidas, a qual vem sendo utilizada no tratamento dos mais diferentes distúrbios psicológicos. Independente da psicopatologia em tratamento, um dos principais objetivos consiste em estabelecer mudanças nos pensamentos disfuncionais, ou seja, aqueles que não estão baseados em evidências reais, acarretando mudanças nos sistemas de crenças do paciente. A partir dessas mudanças é esperada a mediação de alterações em nível de significados, emoções e comportamentos,

obtendo por fim o alívio dos sintomas ou mesmo a remissão total dos mesmos de forma duradoura e que permita que o paciente possa ser autônomo e independente com os ganhos obtidos ao longo do processo psicoterápico (Beck et al., 2005).

Um dos pressupostos centrais é de que os transtornos psicológicos são mantidos por interpretações distorcidas da realidade, acarretando prejuízo no pensamento, no humor e no comportamento do indivíduo. Além disso, esse sistema funciona a partir de retroalimentação, gerando outras interpretações negativas, as quais mantêm os pensamentos disfuncionais, assim como as emoções e os comportamentos desadaptativos (Beck & Clark, 1997).

A Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) objetiva a reestruturação de crenças negativas e disfuncionais sobre as situações sociais. Para este objetivo a terapia consiste em reestruturação cognitiva, sessões de exposição autoguiada e *in vivo*. A partir da modificação das crenças disfuncionais obtém-se o alívio dos sintomas, todavia sabe-se que mesmo com a modificação e adequação funcional dos pacientes (Beck, 2007), o padrão ansioso se mantém (Hope, Heimberg, & Turk, 2012). Dentre as formas psicoterápicas para TAS, a terapia cognitivo-comportamental em grupos (TCCG) vem sendo a mais pesquisada (Barkowski et al., 2016).

Um dos teóricos em destaque na literatura de intervenção em grupos é Yalom. Este autor oferece uma perspectiva abrangente da psicoterapia em grupos, apontando 10 fatores terapêuticos importantes para o sucesso da intervenção, entre eles: instalação de esperança, universalidade, compartilhamento de informações, altruísmo, recapitulação corretiva do grupo familiar primário, aprendizado interpessoal e desenvolvimento de técnicas de socialização, comportamento imitativo, coesão grupal e catarse (Yalom & Leszcz, 2006).

Neufeld (2011) traçou um paralelo entre os fatores propostos por Yalom e a TCCG, nesta perspectiva, a instalação de esperança é considerado um aspecto importante, tendo em vista que a esperança é um dos aspectos decisivos para adesão ao tratamento. Em TCCG realiza-se a instalação de esperança em dois momentos, primeiramente no contrato terapêutico, no qual são apontadas todas as possibilidades de mudança e apresentadas as informações sobre sua eficácia, já o segundo momento é da psicoeducação, a qual permite que os pacientes reconheçam seus sintomas e pensamentos, criando possibilidades de estratégias para o manejo dos mesmos. Além disso, as intervenções educativas, como psicoeducação e a prevenção de recaída também são associadas ao fator de compartilhamento de informações, já que oferecem uma forma de

instrução didática, de sugestão e de orientação ao paciente. Outro fator é a universalidade que se refere ao encontro de pessoas que sofrem com dificuldades semelhantes, ocasionando um sentimento de que o paciente não está sozinho com seu sofrimento. Em TCCG os grupos são homogêneos em sua composição, dessa forma, é gerado nos participantes um senso de pertencimento no grupo. O altruísmo é realizado ao longo de todo o processo, o grupo oferece um ambiente terapêutico de questionamentos a si próprios, reunindo evidências que podem ajudar uns aos outros, além disso, dados terapêuticos evidenciaram que quando a sugestão de mudança é vinda de outro participante do grupo, esta tende a ser mais aceita pelos pacientes do que se fossem vindas do próprio terapeuta.

Já a recapitulação corretiva do grupo familiar primário, o desenvolvimento de habilidades de socialização, o aprendizado interpessoal e o comportamento imitativo são relacionados às formas novas de experiências sociais e obtenção de novos modelos de comportamento. Em TCCG é comum o uso de técnicas onde o foco é desenvolvimento de habilidades sociais. Além disso, os experimentos comportamentais propiciam novas formas de comportamento e também possibilitam a percepção de novas possibilidades de comportamento através da observação e do comportamento imitativo. Por fim, a coesão grupal e a catarse, as quais estão relacionadas ao ambiente acolhedor e ao compartilhamento de informações, para TCC é de suma importância, considerando-se que o participante somente irá se expor ao grupo se ele se sentir seguro para tal. O processo de reestruturação cognitiva requer um ambiente propício, e quanto maior a coesão grupal, maior a possibilidade de o participante contribuir ativamente para o andamento do grupo (Neufeld, 2011).

A modalidade em grupos é uma forma de tratamento mais econômica comparada à psicoterapia individual, possibilitando que um maior número de pacientes tenha acesso à intervenção. Além disso, o grupo proporciona a exposição e a intervenção de uma gama mais ampla de situações comportamentais, haja vista que o próprio grupo já é considerado um ambiente de exposição, entretanto, algumas características específicas da população com TAS podem ser um obstáculo para esse tipo de intervenção, tais como se expor durante as sessões para o grupo, já que grupos provocam ansiedade, sendo eles, por conseguinte, evitados pelos pacientes com TAS (Barkowski et al., 2016). Uma das formas de amenizar essa dificuldade é instaurar o sentimento de pertencimento num grupo onde todos apresentam características parecidas e a autovalidação, assim, os grupos tendem a

funcionar como um grupo de apoio mútuo (Tefikow, Barth, Trelle, Strauss, & Rosendahl, 2012).

Com relação ao TAS, a TCCG apresenta resultados superiores à psicoterapia individual e ao placebo e é tão eficaz quanto ao tratamento farmacológico com ISRS (Heimberg, 2002). Com isso, é considerado o tratamento psicológico mais indicado para TAS, sendo classificado um tratamento padrão ouro (Hedman, Andersson, Ljótsson, Andersson, Rück, & Lindefors, 2011; Blanco, et al., 2010; Heimberg, 2002; Heimberg, Juster, Hope & Mattia, 1995; Hofmann, 2004; Jorstad-Stein & Heimberg, 2009; Ponniah & Hollon, 2008).

Heimberg, Juster, Hope e Mattia (1995) e Hofmann (2004) ao tratarem da eficiência da TCCG para TAS, apontam que além das técnicas utilizadas, os fatores grupais contribuem para o sucesso do tratamento, diminuindo o isolamento social e mantendo os participantes em constante exposição e de forma graduada. Segundo Neufeld (2011), o grupo faz com que os participantes lidem e treinem as interações interpessoais a partir da convivência com os demais participantes, aumentando as possibilidades de observação das relações e dos comportamentos interpessoais, com isso, o grupo é considerado um espaço adequado para aprender a se relacionar.

O modelo cognitivo-comportamental propõe que a manutenção da psicopatologia do TAS e o seu desenvolvimento sejam mantidos pelos pensamentos disfuncionais ou mal adaptativos e por processos comportamentais, bem como pelos processos de evitação que mantêm o ciclo vicioso negativo (Clark & Wells, 1995).

Segundo Hofmann (2007) , o custo social e os acidentes sociais durante exposições também têm grande importância. Os portadores de TAS apresentam apreensão ao iniciar uma situação social, uma das possíveis explicações se dá em função da percepção de que o padrão social daquele ambiente é excessivamente elevado e, conseqüentemente, existe a crença de que ele não conseguirá alcançar. Além disso, em função da atenção autofocada são desencadeados pensamentos e sensações que reforçam e confirmam a ansiedade, desencadeando simultaneamente uma série de outras crenças, entre elas a percepção negativa sobre si mesmo, sensação de pouco controle emocional e crença de que não possui habilidades suficientes para lidar com as situações (Fang, Sawyer, Asnaani, & Hofmann, 2013).

A TCC tem demonstrado eficácia com intervenções em grupo e também individuais, evidenciando redução dos sintomas e da gravidade dos mesmos, alcançando alterações clinicamente significativas no funcionamento social dos pacientes. Além disso,

vêm sendo demonstradas mudanças relacionadas à estimativa de probabilidade de eventos sociais negativos, redução da sensação de alto custo social, redução de comportamentos de segurança e consequentemente diminuição na utilização de estratégias de evitação e esquiva, melhora na autoimagem negativa e até mesmo nas crenças centrais (Goldin et al., 2014). Indivíduos que relatam mais situações evitadas tendem a responder de forma melhor a intervenção de TCC comparados aos pacientes ansiosos sociais em que o processo de evitação não é tão evidente (Mesri et al., 2017). A TCCG demonstra resultados eficazes no tratamento de TAS, produzindo melhoras significativas em dois terços dos pacientes tratados (Hedman et al., 2011).

Ito et al., (2008) em um estudo de revisão, apontaram alguns aspectos importantes no tratamento de TAS, tais como a psicoeducação, a qual é considerada fundamental para o esclarecimento de todas as informações necessárias sobre o transtorno e sobre o tratamento. Outro fator que merece destaque são os objetivos: os autores apontam que os objetivos devem ser determinados pelo terapeuta em conjunto com o paciente, os mais comuns incluem redução da ansiedade antecipatória, redução dos sintomas fisiológicos, das cognições negativas, da esquiva e melhora das habilidades sociais. Adicionalmente, os autores apontaram algumas técnicas importantes, tais como o treino de habilidades sociais e de assertividade, com objetivo de aumentar o repertório de comportamentos sociais adaptados, diminuindo a passividade. Com relação à cognição, a reestruturação cognitiva envolve técnicas de detecção de todo o funcionamento distorcido do paciente. Algumas técnicas podem auxiliar nessa etapa, tais como diário de pensamentos, questionamento socrático e identificação das distorções cognitivas.

Além das técnicas citadas, Ito et al., (2008) destacaram que técnicas de manejo de estresse e relaxamento também são muito utilizadas. Essas técnicas têm objetivo de ensinar o paciente a manejar suas respostas fisiológicas e a diminuir sua ansiedade basal. Outro conjunto de técnicas que são importantes consiste nas exposições com objetivo de reduzir a ansiedade e o comportamento fóbico e evitativo sobre as situações temidas. Existem várias formas de exposição, tais como confronto das situações ao vivo ou na imaginação, de forma gradual ou por inundação. Já Tobon, Ouimet e Dozois(2011) apontaram que o componente chave do tratamento para TAS é a reestruturação cognitiva das crenças disfuncionais ativadas durante a exposição a situações temidas. A reestruturação cognitiva envolve a modificação do significado dado a um estímulo ou mesmo a um contexto gerador de ansiedade. A reestruturação pode modificar as reações

emocionais e levar à flexibilidade psicológica e emocional, proporcionando maior bem-estar.

Estudos evidenciaram que a TCC pode reduzir o viés atencional para informações geradoras de ansiedade em pacientes com TAS. Os pacientes passaram a mudar o foco de atenção dos sinais de ameaça mais rapidamente, o que resultou no declínio dos sintomas de ansiedade (Calamaras, Tone, & Anderson, 2012; Nortje & Posthumus, 2012).

Existem vários protocolos propostos para tratar TAS. Um dos protocolos que vem se mostrando eficaz é o protocolo proposto por Hofmann e Otto (2008), o qual baseia-se no modelo cognitivo comportamental que propõe que a ansiedade social se desenvolve e se mantém por distorções cognitivas e estratégias comportamentais mal adaptativas que reforçam negativamente a utilização de estratégias de evitação e esquiva, contribuindo para o ciclo de ansiedade e evitação. Contudo, Hofmann (2007) enfatiza a importância do custo social entendido pelo ansioso e da probabilidade de acidentes sociais durante as exposições.

1.2.1 Intervenção de Exposição com alto custo social

O modelo proposto por Hofmann (2007) pressupõe que a apreensão social está relacionada a padrões sociais irrealistas e a um prejuízo na seleção de objetivos sociais atingíveis. Os indivíduos com TAS tendem a duvidar de sua própria capacidade, acreditando que não vão alcançar o objetivo e não vão transmitir a impressão desejada. Na decisão de um objetivo, segundo Hiemisch, Ehlers e Westermann (2002) existem 4 fases, sendo elas, a pré-decisional, em que são deliberadas e escolhidas as possíveis metas. A segunda fase é a pré-ação, em que se inicia a formação de um plano de como alcançar a meta, seguido pela fase da ação, a qual objetiva a realização prática da fase 2. A última fase é a pós-ação, quando os resultados são avaliados. Os indivíduos com alto grau de ansiedade social apresentam um problema de planejamento, mentalizando de forma inadequada o plano para alcançar o objetivo, na verdade, o planejamento realizado pelos ansiosos sociais é considerado incompatível com a ação necessária para atingir a meta.

Quando o indivíduo com TAS é confrontado com desafios sociais, ele desloca sua atenção para a ansiedade e traça objetivos sociais inatingíveis, os quais estão baseados em metas sociais irrealistas. Além disso, os pacientes com TAS tendem a superestimar as consequências negativas de uma situação social e acreditam que apresentam pouco ou

nenhum controle de sua resposta emocional. Somado a isso, os ansiosos sociais se veem como inadequados socialmente e sem habilidades sociais necessárias para lidar com tais situações. Com o propósito de evitar consequências indesejadas nas situações sociais, os ansiosos utilizam estratégias de enfrentamento inadequadas com intuito de reduzir o nível de ansiedade sentida a curto prazo, tais como estratégias de evitação e comportamento de segurança, contudo essas estratégias levam à ruminação, ao aumento da apreensão social e à manutenção da psicopatologia.

De acordo com esse modelo, um indivíduo com TAS apresenta apreensão ao iniciar uma situação social em função da percepção de que as expectativas sociais são elevadas e por uma crença de incapacidade ou mesmo dúvida sobre sua habilidade de suprir essas expectativas. Após essa experiência, os indivíduos passam a dedicar maior foco atencional a si próprios, prestando atenção nos sintomas, pensamento e sensações ansiosas e passando a ter a percepção de pouco controle emocional. Por sua vez, esses processos levam o indivíduo a antecipar a previsão de um acidente social, causando uma situação embaraçosa para si mesmo (Fang et al., 2013). As sessões de exposição para pacientes com TAS têm a finalidade de possibilitar uma reavaliação de que catástrofes sociais com consequências duradoras são improváveis e que os pacientes são capazes de lidar com situações socialmente desafiadoras

Partindo da noção de que os pacientes com TAS superestimam os custos e problemas sociais associados, trabalhar essa variável ao longo do processo terapêutico é um dos fatores importantes nesse modelo (Hofmann, 2000). A realização de exposições de alto custo social faz com que o paciente se comporte de uma forma que inevitavelmente causará alguma forma de “acidente social”, ou seja, inevitavelmente o paciente se sentirá constrangido (por exemplo: cantar num local movimentado), com isso, o paciente experimentará os resultados mais temidos e as situações mais evitadas. A prática dessa forma de exposição faz com que o paciente perceba que é muito improvável que alguma catástrofe social ocorra e que o paciente é apto para lidar com situações socialmente desafiadoras. O grande objetivo dessa forma de exposição é violar propositalmente as normas e padrões sociais percebidos pelo paciente, com intuito de interromper o ciclo de autorreforço da antecipação temerosa e do uso de estratégias de evitação. Os pacientes são convidados a criar intencionalmente as consequências negativas temidas, a partir disso é realizada uma reavaliação da ameaça percebida, mostrando que, mesmo se submetendo a um desfecho negativo, as consequências temidas não ocorrerão, e o desfecho negativo não é duradouro, irreversível ou insuportável (Fang, et al., 2013).

Indo ao encontro do conteúdo apresentado por Hofmann, evidencia-se que o protocolo apresentado pelo mesmo ratificava resultados robustos e duradouros. Os protocolos de tratamento que incorporam exposições a problemas sociais evidenciaram eficácia maior do que os protocolos tradicionais de terapia cognitivo comportamental, as quais alcançam tamanho de efeito médio (Hofmann & Smits, 2008), com a utilização de técnicas de exposição, estudos recentes relataram taxa de eficácia de 1,41 chegando a 1,43 após 12 meses, dados similares foram encontrados por Hofmann e Scepkowski (2006) evidenciando um tamanho de efeito de 1,54. Outro estudo apontou que a abordagem terapêutica visando as exposições está associada a um tamanho de efeito que varia entre 1,54 a 2,37, o qual é considerado maior do que os tamanhos de efeito normalmente vistos nas intervenções tradicionais em TCC (Hofmann & Scepkowski, 2006).

A literatura aponta que as formas de maior eficácia são aquelas com terapia de exposição (Hofmann, et al., 2006). Os portadores de TAS apresentam vários comportamentos de segurança com o objetivo de reduzir o risco de rejeição ou mesmo de passar momentos vergonhosos. Essas tendências de utilização de comportamentos de segurança impedem que os pacientes consigam avaliar criticamente seus resultados, impedindo uma avaliação real sobre os resultados temidos *versus* os resultados alcançados e também sobre suas crenças catastróficas. Esse sistema leva a manutenção do TAS. Com isso, o objetivo das exposições é violar propositalmente as normas e padrões sociais percebidas pelos pacientes, com intenção de quebrar o ciclo autorreforçador negativo e a antecipação temerosa, possibilitando a reavaliação sobre a possível ameaça e sobre as possíveis dificuldades sociais encontradas (Hofmann, 2000; Fang et al., 2013). Além disso, mudanças no foco atencional sobre os aspectos negativos consistiu em um preditor de mudanças para ansiosos sociais sobre o medo de corar, tremer e sudorese ao longo das exposições (Morrison & Heimberg, 2013).

Essa forma de intervenção é tipicamente realizada por dois terapeutas, em média em doze sessões semanais de duas horas e meia. Os grupos normalmente apresentam seis participantes com gravidades distintas. As primeiras sessões são destinadas à psicoeducação e as posteriores têm o foco em exposição e enfrentamento de situações ansiogênicas, as quais vão se tornando mais difíceis conforme o andamento da terapia. Agregado ao enfrentamento são empregadas técnicas de reestruturação cognitiva. As últimas sessões são destinadas à avaliação e treinamento de exposições semelhantes àquelas vividas no cotidiano dos pacientes. Antes e depois de cada uma das exposições

cotidianas, os pacientes realizam exercícios autoadministrados de reestruturação cognitiva.

Segundo Neufeld (2011), é entendido como grupo terapêutico aqueles que apresentam intervenções estruturadas em sintomas específicos, no qual o objetivo abrange tanto o apoio quanto a psicoeducação, a prevenção de recaída e a orientação para mudança. Essa modalidade é composta por grupos fechados, ou seja, os participantes que iniciam o processo grupal são os mesmos que finalizam, dessa forma, não é permitida a entrada de novos participantes ao longo do processo. Comumente a frequência é semanal e contém no mínimo doze sessões e no máximo doze integrantes.

2. JUSTIFICATIVA

O TAS está entre os transtornos de ansiedade mais prevalentes na população, contudo, mesmo com essa alta prevalência, a busca por tratamento é muito pequena (Santos et al., 2011). Portadores de TAS são menos propensos a procurar ajuda para seus problemas do que portadores de TAS com Transtorno Depressivo Maior (TDM), mantendo-se sem diagnóstico e sem tratamento adequado (Ohayon & Schatzberg, 2010). Normalmente indivíduos com TAS se ocultam, deixando de procurar ajuda médica e psicológica, por avaliar negativamente sua condição (Raj & Sheehan, 2001), acreditando que seus sintomas não são merecedores de alguma forma de atenção médica ou mesmo psicológica, sendo então, uma condição subestimada e sub-reconhecida (Culpepper, 2006). A ansiedade social vem sendo considerada um problema de saúde pública em função de suas consequências incapacitantes no desempenho pessoal e profissional e nas interações sociais, 75% dos adolescentes com diagnóstico de TAS revelam possuir poucos amigos ou nenhum, 50% não gostam de frequentar a escola e 10% recusam-se a frequentar a escola regularmente em função do prejuízo social (Sousa, 2009).

A TCC apresenta alguns protocolos com resultados satisfatórios e duradouros, contudo, ainda assim, uma parcela de pacientes com TAS não respondem ao tratamento com TCC. Segundo De Oliveira et al.(2012) de 40 a 50% dos pacientes que recebem tratamento com intervenções consideradas como padrão ouro apresentam pouca ou nenhuma melhora. Com isso, fica evidenciada a necessidade da realização de pesquisas terapêuticas com essa população na tentativa de entender quais fatores que contribuem para essa população não apresentar melhoras significativas com o tratamento e também para o desenvolvimento e aprimoramento de formas terapêuticas.

Uma das características dos ansiosos sociais é o intenso desejo de ser aceito por um bom desempenho social, característica entendida como desejabilidade social. Um estudo sobre falsas memórias evidenciou que o fator de desejabilidade social foi um dos preditores do aumento dos índices de falsas memórias (Neufeld et al., 2013). Uma série de fatores demonstram uma possível associação entre o fenômeno das falsas memórias e TAS, contudo alguns aspectos ainda permanecem inconclusivos, tais como o impacto da ansiedade tratada sobre a produção de falsas memórias. Sabe-se que a TCC pode gerar mudanças significativas em cognições disfuncionais, em repostas emocionais e também comportamentais, além disso, diferentes estudos apontam mudanças no processo de ativação neural, tais como a mudança no viés atencional. Conforme citado anteriormente,

sugere-se que o viés atencional tem uma relação direta com o viés de memória. Nesse sentido, esse estudo tem por finalidade avaliar o impacto de uma intervenção sobre variáveis psicológicas, tais como medidas de ansiedade social, ansiedade e depressão, e também sobre a qualidade da memória.

O termo qualidade de memória irá se referir nesse estudo a uma forma de análise, a qual leva em consideração as recordações verdadeiras, fiéis e compatíveis a uma situação real; as recordações falsas (ou falsas memórias), que consistem na recuperação de eventos que nunca foram vivenciados e são, por fim, relacionadas ao viés de memória, vinculadas aos itens falsos e não relacionados com os itens alvos. Outros pesquisadores como Neufeld et al., (2008) e Pergher, Grassi-Oliveira, Ávila, e Stein (2006) também utilizaram esse termo.

Na presença do fato de que as sessões terapêuticas giram em torno de experiências emocionalmente significativas vivenciadas e a literatura aborda relatos de recuperação errônea no *setting* terapêutico (Andrews et al., 2000), as falsas memórias têm sido alvo de preocupação de terapeutas e pesquisadores no assunto. Com isso, os estudos têm voltado suas atenções para os processos envolvidos na falsificação mnemônica que podem auxiliar no desenvolvimento e melhoramento de técnicas de intervenções terapêuticas que minimizem a prevalência desses episódios.

Partindo do pressuposto de que as pessoas podem apresentar lembranças distorcidas, acarretando sentimentos traumáticos, padrões comportamentais e crenças que sejam embasadas em lembranças distorcidas, tal situação torna-se importante tendo em vista que pode gerar implicações nas relações familiares, sociais e profissionais dos pacientes. Dentro dessa perspectiva, a proposta deste estudo traz contribuições científicas, sociais e práticas, tendo em vista que o TAS é o transtorno mais recorrente dentro do âmbito dos Transtornos de Ansiedade.

Por fim, ainda que existam diversos estudos apontando a eficácia de intervenções de TCCG para TAS, ainda são necessárias novas pesquisas para essa população, principalmente levando-se em consideração que o TAS é muito prevalente e que mesmo com os resultados excelentes obtidos pela TCCG, alguns pacientes não se beneficiam do tratamento.

Com isso, a realização de novos estudos com a proposição de novas formas de intervenção pode contribuir ainda mais para o aprimoramento de intervenções psicoterapêuticas. Salienta-se ainda que a intervenção proposta neste trabalho nunca foi pesquisada no Brasil, nesse sentido, os resultados obtidos nessa pesquisa podem

contribuir positivamente para a literatura como mais uma forma de intervenção em grupo para ansiedade social com eficácia comprovada para população brasileira, sendo, portanto, um estudo original e de vultosa contribuição à literatura da área.

3. OBJETIVOS E VARIÁVEIS

Neste prisma, o objetivo geral desse estudo foi investigar o efeito de uma intervenção em grupo de exposição com alto custo social em pacientes com TAS sobre variáveis psicológicas, tais como ansiedade social, ansiedade geral e depressão e também a qualidade de memória. Além disso, propôs-se a comparação dos resultados obtidos com um grupo de participantes com TAS que não receberam nenhuma forma de intervenção e um grupo de participantes sem indicativos de transtornos psiquiátricos comuns. Dessa forma, este trabalho tem como objetivos específicos:

1) Realizar um grupo piloto para confirmação e padronização da intervenção posposta.

2) Verificar se existem diferenças relativas às variáveis socioculturais e às variáveis psicológicas relacionadas à gravidade dos sintomas entre os três grupos (Experimental x Listas de espera x Grupo de comparação).

3) Verificar os indicativos de sintomas de TAS dos grupos de participantes com TAS pré e pós-intervenção, com o intuito de verificar se houve mudanças significativas a partir da intervenção;

4) Investigar o índice de ansiedade social, ansiedade geral e depressão do conjunto de indivíduos em análise, quais sejam, os portadores de TAS submetidos à intervenção, os portadores de TAS que não receberam intervenção e os participantes sem TAS, a fim de comparar os três grupos de participantes com relação aos resultados obtidos nos diferentes instrumentos utilizados;

5) Verificar se existem diferenças relativas à qualidade de memória entre os três grupos (Experimental x Listas de espera x Grupo de comparação).

6) Investigar a qualidade da memória nos participantes com TAS submetidos à intervenção, os portadores de TAS que não receberam intervenção e os participantes sem TAS, a fim de comparar os três grupos de participantes com relação aos resultados obtidos nos diferentes instrumentos utilizados;

As variáveis independentes intergrupos foram:

VI.1: Transtorno de Ansiedade Social, tendo dois níveis: com TAS *versus* sem TAS.

VI 2: Intervenção em TCCG, tendo dois níveis: grupo experimental *versus* lista de espera.

As variáveis independentes intragrupos foram:

VI.3: Tipo de item, tendo três níveis: Alvo *versus* Distrator relacionado *versus* Distrator não relacionado.

As variáveis dependentes foram:

VD.1: Índices de performance da memória, tendo três níveis: índice de memória verdadeira *versus* índices de falsas memórias *versus* índices de Resposta não mnemônica.

VD 2: Escores das variáveis psicológicas.

4. MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO

O presente estudo envolveu um ensaio clínico randomizado aberto com dois braços: em uma condição os participantes com TAS recebem intervenção em grupo e na outra condição os participantes com TAS não recebem nenhuma forma de intervenção (grupo lista de espera). Ainda, a pesquisa conta com um grupo de comparação, com participantes sem indicativos de transtornos mentais comuns. A pesquisa foi cadastrada e aprovada pelo Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (RBR-98qjbw).

O estudo contou com três grupos com diferentes tratamentos experimentais, um grupo experimental, um grupo de lista de espera e um grupo de comparação, com três fases experimentais, totalizando 58 participantes. O grupo um é composto por participantes com TAS e que receberam intervenção em TCCG, o grupo dois é composto por participantes com TAS que não receberam intervenção em TCCG ao longo do trabalho (lista de espera), porém foi oferecido ao fim da pesquisa, e o grupo três é composto por participantes que não apresentem sintomas de transtornos mentais comuns (grupo de comparação), conforme ilustração a seguir:

Figura 1. Delineamento da Pesquisa

Fonte: Elaboração Própria

O número amostral idealizado era de 20 participantes por grupo (60 ao todo) e foi definido com base na recomendação de Cozby (2003), que preconiza que para realizar

uma distribuição randômica, visando a produção de grupos equivalentes, é necessário a presença de uma amostra suficiente de participantes, no qual acredita-se que 20 participantes por condição experimental já conseguem evidenciar efeito estatisticamente significativo. Além disso, a literatura internacional e nacional de estudos clínicos na abordagem de TCC comumente realiza estudos randomizados com intervenções clínicas com grupos compostos por 20 a 30 participantes, ou mesmo com menos (Baghyahi, Gao, Zhang, Baghsiahy, & Fegghi, 2013; Gomes, 2010; Heldt, Wesner, Gomes, Detzel, & Guimarães, 2013; Semple, Lee, Rosa, & Miller, 2010; Wuthrich & Rapee, 2013).

O grupo experimental foi composto por participantes diagnosticados com TAS e submetidos à intervenção de TCCG. O grupo lista de espera foi composto por participantes também diagnosticados com TAS, contudo, esses participantes não receberam a intervenção ao longo da pesquisa, todos os participantes que manifestaram interesse em realizar o tratamento serão atendidos após o término da pesquisa. Os participantes de ambos os grupos foram distribuídos de maneira randômica. A randomização foi realizada através de um sorteio que continha dois números: um, que representava a condição de intervenção em TCCG, e dois, que representava a condição sem intervenção (randomização do tipo cara-coroa). Já os participantes do grupo de comparação foram indivíduos sem indicativos de transtornos mentais comuns.

Com relação às etapas da pesquisa, a mesma foi realizada em algumas fases. A primeira fase foi a etapa pré-teste, nessa etapa foram aplicadas as escalas relativas às variáveis psicológicas, realizada a entrevista diagnóstica e foi aplicado o paradigma DRM de falsas memórias. Todos os participantes da pesquisa passaram por esta etapa, que foi realizada por um pesquisador externo à pesquisa.

Na segunda fase, os grupos portadores de TAS foram randomizados e os participantes sem indicativos de transtornos mentais comuns foram direcionados ao grupo de participantes saudáveis. Com isso, os participantes que foram randomizados para o grupo um passaram pela intervenção de TCCG e os participantes que foram randomizados para o grupo dois não receberam a intervenção ao longo do estudo.

Na fase última fase do estudo (fase 3: pós-teste), todos os participantes realizaram as escalas relativas às variáveis psicológicas e o paradigma DRM de falsas memórias. O tempo entre a fase um (pré-teste) e a fase três (pós-teste) correspondeu de quatro a seis meses para todos os grupos. Com o fim dessa etapa, ofereceu-se aos participantes do grupo lista de espera o tratamento para aqueles que tenham interesse em receber a intervenção. A intervenção oferecida é a mesma que foi realizada ao longo da

pesquisa. Em anexo se encontra uma tabela explicativa com o intuito de clarear o delineamento do estudo (Apêndice A).

4.2 CONTEXTO DA PESQUISA

Os estudos relativos à ansiedade social e falsas memórias tiveram início com o projeto de mestrado da aluna Priscila de Camargo Palma, que teve como objetivo investigar o efeito da emoção na performance de memória comparando adultos portadores de TAS e adultos sem sintomas de TAS. Os resultados sugeriram que os participantes portadores de TAS, submetidos a pouca emoção, obtiveram índices maiores de memória verdadeira, porém apresentaram também índices superiores de falsas memórias. Surge daí um indicativo de que a ansiedade social tem um impacto significativo sobre a performance de memória. Seguindo a mesma linha de pesquisa, este estudo em questão está sendo realizado desde 07/2013 no Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC) no município de Ribeirão Preto. O estudo faz parte de um projeto maior do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC) intitulado “Efeito de diferentes intervenções cognitivo-comportamentais sobre ansiedade social, falsas memórias e viés atencional”, sob responsabilidade da pesquisadora Prof^a. Dr^a. Carmem Beatriz Neufeld, com financiamento da FAPESP (processo nº 2013/19981-1), que visa comparar diferentes tratamento para TAS com relação à performance de memória, viés atencional e variáveis psicológicas.

4.2.1 Local

Todas as avaliações e intervenções terapêuticas foram realizadas nas dependências da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP), especificamente nas duas salas do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo Comportamental (LaPICC – USP) e no Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada, pertencentes ao Departamento de Psicologia da FFCLRP.

4.2.2 Aspectos Éticos

Os procedimentos relativos à ética na pesquisa foram tomados em conformidade com a legislação nacional, Resolução Nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto através da plataforma Brasil em 05/11/2013. O parecer inicial foi emitido no dia 17/12/2013, no qual foram solicitadas mudanças para aprovação do mesmo. Após isso, foi realizada uma nova submissão e aprovado em 21/02/2014 (Anexo A). Para a realização das avaliações e intervenção no CPA da FFCLRP foi necessário a submissão do projeto de pesquisa ao Conselho-Diretor do CPA, autorizando a realização da pesquisa em suas dependências.

Os participantes receberam dois termos de consentimento, o primeiro foi relativo aos procedimentos do pré-teste e um segundo termo relativo ao banco de dados referente a coleta e armazenamento das informações obtidas ao longo da pesquisa.

Para a assinatura do Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B e C) foram apresentados a justificativa, os objetivos e os procedimentos da pesquisa, assim como a garantia de confidencialidade e outras informações pertinentes. A voluntariedade na participação e a ausência de riscos e/ou benefícios na participação, bem como a ausência de prejuízos caso os participantes desajassem abandonar a pesquisa.

Considerando os aspectos éticos da intervenção, foi excluído da amostra qualquer participante que tivesse relacionamento próximo com a pesquisadora ou qualquer um dos coterapeutas, neste caso, foi necessário apenas uma exclusão a qual foi encaminhada para outro serviço de saúde. Além disso, ofertou-se completo apoio aos participantes que não se adequassem à intervenção em grupo, porém tal procedimento também não foi necessário. Além disso, após o termino da pesquisa, iniciou-se a etapa de convite aos participantes do grupo lista de espera para o tratamento daqueles que tenham interesse. A intervenção que está sendo oferecida é a mesma que foi realizada ao longo da pesquisa.

4.3 INSTRUMENTOS

Os instrumentos foram utilizados para realizar o diagnóstico de TAS e avaliar a presença de comorbidades. Além disso, foram avaliados sintomas depressivos, de ansiedade, ansiedade social, medo de avaliação negativa e esquivia e desconforto em situações sociais. Os instrumentos, para mais esclarecimentos, serão divididos e apresentados nas subseções a seguir, conforme:

4.3.1) Variáveis psicológicas relacionadas à gravidade dos sintomas, as quais foram testadas três vezes, na etapa de pré-teste, na oitava sessão do grupo um (pacientes com TAS) e no pós-teste;

4.3.2) Instrumento para confirmação diagnóstica, o qual foi utilizado apenas uma vez para confirmação do diagnóstico de TAS e exclusão de quaisquer outros diagnósticos primários;

4.3.3) Avaliação da performance de memória, que foi testada duas vezes, na etapa pré-teste e na pós-teste.

4.3.1 Variáveis Psicológicas Relacionadas à Gravidade dos Sintomas

Social Phobia Inventory (SPIN): O inventário de Fobia Social foi desenvolvido por Connor et al. (2000), traduzido e adaptado para o português por Osório, Crippa, & Loureiro (2009) com o objetivo de avaliar os sintomas fisiológicos, de medo e evitação relacionados ao TAS (Connor, Kobak, Churchill, Katzelnick, & Davidson, 2001). Este instrumento tem como objetivo levantar indícios de um possível transtorno de ansiedade social. A escala é de autorrelato composta por 17 itens que abordam sintomas de ansiedade, medo e evitação. Nessa escala os participantes devem avaliar em cada item o quanto as situações o incomodaram durante a última semana a partir de uma escala do tipo Likert de 5 pontos. O escore varia entre 0 a 68 pontos e o ponto de corte para TAS é de 19 pontos. A SPIN é um instrumento muito utilizado para avaliação de sintomas de TAS tanto em pesquisas de intervenção psicoterápicas como farmacológicas (Osório, et al., 2009).

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI): Foi desenvolvido por A. T. Beck, Epstein, Brown, Steer, & others (1988), sendo uma escala autoaplicável, com objetivo de avaliar os sintomas característicos de ansiedade, sua adaptação para o português foi

realizada por Cunha (2001). O inventário é composto por 21 itens descritivos de sintomas de ansiedade, os quais devem ser avaliados a partir de uma escala de quatro pontos. A avaliação deve ser realizada levando em consideração o nível de severidade de cada sintoma durante a semana anterior. O escore pode variar de 0 a 63 pontos e permite a classificação entre níveis de ansiedade, tais como ansiedade leve (entre 11 e 19 pontos), ansiedade moderada (entre 20 e 30 pontos) e ansiedade grave (entre 31 e 63 pontos).

Escala de Medo de Avaliação Negativa (FNE): Desenvolvida por Watson e Friend (1969), a qual objetiva mensurar o medo acerca de avaliações sociais. Foi traduzida e adaptada para o contexto brasileiro por Silva e Nardi (2009). É uma escala autoaplicável, composta por 30 itens com respostas do tipo verdadeiro ou falso. Este instrumento tem como objetivo levantar características do transtorno de ansiedade social.

Escala de Esquiva e Desconforto Social (SADS): Desenvolvida por Watson e Friend (1969), avalia dois aspectos da ansiedade social: a evitação de situações sociais e o desconforto sentido. Foi traduzida e adaptada para o português do Brasil por Levitan, Nascimento, Freire, Mezzasalma e Nardi (2008). Este instrumento tem como objetivo levantar características do transtorno de ansiedade social. Também é uma escala autoaplicável, composta por 28 itens com respostas do tipo verdadeiro ou falso. Este instrumento tem como objetivo levantar características do transtorno de ansiedade social.

Questionário Sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9): Este instrumento foi desenvolvido com base nos critérios diagnósticos para Depressão Maior do DSM-IV, com objetivo de detectar sintomas de Transtorno Depressivo Maior. Foi validado por Spitzer, Kroenke e Williams (1999) e por Kroenke, Spitzer e Williams (2001) e validado e adaptado para o português por Osório, Mendes, Crippa, & Loureiro (2009). É uma escala de autorrelato composta por 9 itens que tem como objetivo identificar os sintomas característicos de um estado deprimido, para que possamos apontar quais são os participantes que apresentam comorbidades entre os sintomas. Kroenke e Spitzer (2002) propõem que valores inferiores a 4 pontos indicam ausência de sintomas depressivos, já entre 5 e 9 pontos indicam sintomas leves e acima de 10 pontos indicam presença de sintomas moderados a severos de depressão. O estudo de validação para a população brasileira indicou como ponto de corte para ser considerado como indicativos de

depressão escore igual ou superior a 9 pontos (Osório, Vilela Mendes, Crippa, & Loureiro, 2009).

Questionário de autorrelato (SRQ-20): Instrumento desenvolvido por Harding et al. (1980), validado para o português por De Jesus Mari e Williams (1986), com objetivo de detectar sintomas psiquiátricos de possíveis transtornos mentais comuns, com manifestações físicas e mentais tais como insônia, dificuldade de concentração, irritabilidade, dores, entre outros. Sendo composto de 20 perguntas com respostas "sim" e "não", no qual um escore superior a 7 pontos indica maior probabilidade de transtornos mentais comuns.

Inventário Beck de Depressão (BDI-II): Foi desenvolvido por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961), também sendo uma escala autoaplicável, com objetivo de discriminar graus de intensidade dos sintomas característicos de depressão, adaptado para versão de sintomas depressivos. A adaptação para o português foi realizada por Cunha (2001). A escala possui 21 grupos compostos com 4 declarações que avaliam componentes cognitivos, comportamentais e emocionais de depressão. Essa escala também possibilita avaliação da intensidade dos sintomas, sendo que entre 0 e 11 pontos indicam ausência de sintomas depressivos; de 12 a 19 pontos indicam intensidade leve; de 20 a 35 intensidade moderada e de 36 a 63 pontos indicam intensidade grave.

4.3.2 Instrumento para Confirmação Diagnóstica

Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV-TR – Versão Clínica (SCID-CV) e Versão Pesquisa (SCID-PV): A Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID-CV) foi traduzida e adaptada para o português por Del-Ben, Vilela e Crippa (2001). Consiste em uma entrevista estruturada para Transtornos do Eixo I de acordo com o DSM-IV-TR (2002), o qual permite a avaliação e indicativos diagnósticos desses transtornos. O instrumento conta com duas versões, a versão pesquisa (SCID-PV) é a mais completa, abrangendo todos os transtornos do Eixo I e os subtipos, severidade, especificadores e inclui os critérios diagnósticos para avaliação das psicopatologias.

É dividida em diferentes módulos, sendo aplicada conforme a necessidade dos módulos (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996, 2002). Já a versão clínica (SCID-CV)

é uma versão resumida que apresenta os transtornos comumente identificados na área clínica. Ambas as versões podem ser utilizadas tanto em pesquisa como em clínica.

Neste estudo foram utilizadas ambas as versões. Foi utilizado a SCID-PV no módulo F (transtornos de ansiedade) com objetivo de confirmar a presença de sintomas de TAS e também avaliar o preenchimento dos critérios diagnósticos para TAS de acordo com DSM-IV-TR. Já na versão SCID-CV, foram utilizados os módulos A (episódio de humor), módulos B (sintomas psicóticos e associados), módulos E (transtornos do uso de álcool e outras substâncias) e módulos F (transtornos de ansiedade e outros). Tal instrumento foi utilizado para avaliação e diagnóstico de TAS e também para avaliar a presença de indicativos de outros transtornos, indicando a presença de comorbidades.

4.3.3 Instrumento para Performance da Memória

Paradigma DRM de Listas de Palavras Associadas: Foi utilizado o paradigma DRM (Roediger & McDermott, 1995), na sua versão brasileira (Stadler, Roediger, & McDermott, 1999) com refinamentos de Santos, Silveira, Gomes, e Stein (2009), Stein et al. (2006) e Stein e Gomes (2009). O paradigma é composto por 44 listas de palavras normatizadas para população brasileira por Stein et al. (2009) (Anexo B), e cada lista é composta por 15 palavras semanticamente associadas a uma palavra que, entretanto, não é apresentada ao participante. São apresentadas, por exemplo, palavras como costura, linha, fina, ponta, furar, injeção, seringa, espetar, tricô, bordar, palheiro, que são relacionadas à palavra agulha; contudo, esta não é apresentada.

As listas foram anteriormente quantificadas com relação ao alerta emocional causado (Stein & Gomes, 2009), para esse estudo utilizamos somente as listas que mantiveram a média de alerta entre 3,00 até 7,00, ou seja, aquelas palavras mais neutras possíveis. Esse critério de escolha foi utilizado tendo em vista que o estudo não objetiva avaliar o impacto emocional causado pelas listas nos participantes, então utilizamos somente as listas com alerta neutro.

Mesmo com o paradigma contando com 44 listas diferentes, vem sendo evidenciado na literatura que a partir de 8 listas já é possível avaliar as falsas memórias, vários estudos atuais utilizando entre 6 a 18 listas conseguiram atingir seu objetivo de avaliar as falsas memórias (MacDuffie, Atkins, Flegal, Clark, & Reuter-Lorenz, 2012; McGeown, Gray, Robinson, & Dewhurst, 2014; Van Damme & D'Ydewalle, 2009). A partir disso, esse estudo contou com 16 listas, as quais não são correlacionadas com

conteúdo emocional, ou seja, foram escolhidas as listas mais neutras do paradigma, tendo em vista que não é o objetivo do presente trabalho testar a variável emocionalidade das listas.

Para evitar o fenômeno do reteste, metade das listas foram utilizadas na primeira testagem e as 8 listas restantes foram utilizadas na segunda testagem (pós-teste). A definição de quais as listas foram utilizadas em cada uma das fases da pesquisa e a ordem das listas foram feitas por sorteio. Após o sorteio, as seguintes listas com os respectivos descritores críticos foram utilizadas no pré-teste: Cheirar, Montanha, Pé, Camisa, Leão, Exército, Fumar e Bandeira. Já as listas contidas no pós-teste são as relacionadas com os seguintes descritores críticos: Fruta, Doutor, Cadeira, Devagar, Caneta, Rei, Janela e Xícara, deste modo, cada etapa da testagem contou com 120 palavras.

A primeira etapa do paradigma foi relacionada a apresentação dessas palavras, ao iniciar a tarefa, os participantes foram instruídos a prestar atenção nas palavras que foram apresentadas. Após esta primeira etapa, seguiu-se um teste de distração. Esse teste teve como objetivo evitar que o participante mantenha a informação *online*, ou seja, que foque em outra atividade para não reverberar mnemonicamente as listas apresentadas na etapa inicial. A atividade escolhida foi a de realizar contas matemáticas durante um período de 10 minutos. As contas matemáticas escolhidas são toda de adição e compostas por três dígitos que devem ser somados a mais três dígitos (por exemplo: $104 + 223$). Abaixo do cálculo, foram apresentadas três opções de resposta, sendo que o participante deveria pressionar a tecla referente a resposta que ele atribuiu como correta.

Por fim, a última etapa deste teste consistiu no teste mnemônico por reconhecimento. Foram apresentadas palavras que poderiam ou não estar presentes nas listas inicialmente visualizadas, sendo tarefa do participante indicar, pressionando uma tecla do teclado, se reconhecia aquela palavra como pertencente ao material alvo ou não (“sim” ou “não”). O teste de memória de reconhecimento foi composto por 48 itens, sendo 24 itens alvo (palavras que foram de fato apresentadas na primeira etapa do teste - medida de memória verdadeira); 8 itens distratores críticos (palavras que não foram apresentadas na primeira etapa do teste, mas que são semanticamente relacionadas às listas iniciais - medida de falsas memórias), e 16 itens distratores não relacionados (medida de respostas não mnemônicas).

O teste de memória dos participantes foi realizado em um computador (tela de 14 polegadas) equipado com o *software* E-prime, versão 1.2, cada palavra foi apresentada

uma vez no centro da tela por dois segundos e entre as listas mostrou-se um “*” no centro da tela por cinco segundos.

4.4 PARTICIPANTES

A amostra final foi composta por 58 jovens adultos de 18 a 45 anos, compondo três grupos experimentais diferentes. Os participantes que compuseram os grupos de portadores de TAS, tanto aqueles que participaram da intervenção em TCCG (grupo um), como aqueles que compuseram o grupo lista de espera (sem intervenção) (grupo dois), foram recrutados junto aos serviços que atendem demandas clínicas (Centro de Psicologia Aplicada - CPA), e por divulgação na população geral via internet, televisão, mídia local, visando aumentar a adesão destes participantes. Os participantes que compuseram o grupo de comparação sem TAS (grupo três) foram participantes sem sintomas clínicos. O processo para composição dessa amostra será descrito a seguir.

4.4.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídas na pesquisa pessoas com idade entre 18 e 45 anos, de ambos os sexos, capazes de ler, escrever, compreender e assinar os termos de consentimento livre e esclarecido. Os grupos compostos de participante com TAS (grupo que recebeu a intervenção – grupo um e o grupo lista de espera – grupo dois) foram compostos por participantes com diagnóstico de transtorno de ansiedade social, de acordo com o DSM-IV TR (APA, 2000), sendo TAS o diagnóstico primário.

Inicialmente os critérios para indicativos de transtorno de ansiedade social eram: escores superiores ou iguais a 19 pontos na SPIN, os quais indicam a presença de sintomas compatíveis com o diagnóstico de TAS (Osório, et al., 2009), para alcançar esse critério foi aplicado o módulo de transtorno de ansiedade social da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID) – versão pesquisa, para a confirmação do diagnóstico de TAS. Além disso, um dos critérios de inclusão inicial era a não presença de comorbidades, para isso, foi realizada a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID-CV) – versão clínica, para identificação de possíveis comorbidades, as quais não participaram da pesquisa.

Outros critérios de inclusão inicialmente propostos foram: escores superiores ou iguais a 20 pontos na BAI, os quais indicam a gravidade dos sintomas ansiosos, de 20 a 30 pontos são sintomas moderados, de 31 a 63 pontos indicam sintomas graves (Cunha, 2001). No instrumento PHQ-9, somente participariam indivíduos os quais pontuaram 10 pontos ou inferior, indicando a ausência de sintomas de depressão (Osório, et al., 2009) e os participantes que pontuaram 7 pontos ou inferior, indicando ausência de transtornos mentais comuns (Mari & Williams, 1986). Além disso, para ser incluído na amostra, deveriam apresentar escores inferiores ou iguais a 10 pontos na BDI-II, os quais indicam a ausência de sintomas ou sintomas leves de depressão (Cunha, 2001).

Contudo, com o decorrer da pesquisa foi identificado uma grande dificuldade em recrutar indivíduos que se adequassem a esses critérios de inclusão. Uma das dificuldades foi encontrar indivíduos que apresentassem somente o diagnóstico de TAS, sem nenhum outro diagnóstico comórbido. Adicionalmente, as comorbidades vinculadas aos transtornos ansiosos podem ser associadas a maior gravidade dos sintomas, consequentemente com algum prejuízo funcional e um pior prognóstico.

Tendo em vista a alta presença de comorbidades dos indivíduos que preenchem os critérios diagnósticos de TAS (Araújo, et al., 2010; Cerdá, Sagdeo, Johnson & Galea, 2010; Neto, 2000, Ohayon & Schatzberg, 2010, Kessler et al., 2008), para efetivação da pesquisa esses critérios foram modificados, optou-se por manter o critério de inclusão sobre diagnóstico primário de TAS, contudo os participantes com comorbidades com sintomas depressivos e outros transtornos ansiosos também foram incluídos. Sabe-se que essa decisão acarretará uma limitação importante da pesquisa, tendo em vista que as comorbidades podem ser variáveis confundidoras do estudo.

Optou-se em manter os critérios citados na SPIN, ou seja, score igual ou superior a 19 pontos, indicando a presença de TAS (Osório, et al., 2008) e confirmação do diagnóstico a partir da SCID. Outro ponto que foi levado em consideração foi o uso de medicações psicotrópicas, somente foram incluídos nesse estudo participantes que tomassem medicações já há pelo menos três meses consecutivos e que aceitassem manter a mesma dosagem e frequência até o fim do estudo.

O grupo de comparação sem TAS foi composto por indivíduos sem indicativos de transtornos mentais comuns e que preenchem os seguintes critérios: escores iguais ou inferiores a 8 pontos na SPIN, os quais indicam a ausência de sintomas ansiosos (Osório, et al., 2008) escores iguais ou inferiores a 9 pontos na BAI, os quais indicam a ausência de sintomas ansiosos até sintomas leves (Cunha, 2001). Com relação ao instrumento

PHQ-9, pontuação de 10 pontos ou inferior, indicando a ausência de sintomas de depressão (Osório, et. al., 2009) e 7 pontos ou inferior no SRQ-20, indicando ausência de transtornos mentais comuns (Mari & Williams 1986), por fim, escores inferiores ou iguais a 10 pontos na BDI-II, os quais indicam a ausência ou sintomas leves de depressão (Cunha, 2001).

4.4.2 Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão dos grupos portadores de TAS, experimental e lista de espera, foram a presença de sintomas psicóticos e déficit cognitivos acentuados, presença de fobia social como diagnóstico secundário a outros transtornos e/ou patologias (como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático por exemplo), avaliados a partir da SCID. Também foram excluídos da amostra participantes que apresentaram preocupações relativas a avaliação social vinculada a outras doenças, tais como deficiências.

Com relação a todos os grupos presentes no estudo, foram excluídos ainda da amostra, indivíduos com faixa etária inferior a 18 anos e superior a 45 anos, e também aqueles que estavam em processo psicoterápico.

4.4.3 Processo de Divulgação

Para atingir o número de participantes previsto, um processo de divulgação da pesquisa foi realizado em diferentes locais e por diferentes meios de comunicação com o objetivo de divulgar a pesquisa e, assim, recrutar novos participantes.

Em 2014 foi realizado um mapeamento das unidades de saúde (primária, secundária e terciária) de Ribeirão Preto e de cidades próximas em um raio de até 40 quilômetros. Desse mapeamento resultou uma lista de 41 locais diferentes, na cidade de Ribeirão Preto, os locais consistiram nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), Unidades Especializadas, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Postos de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Saúde da Família (USF), Programa de Saúde da Família (PSF), Núcleo de Saúde da Família (NSF), ambulatórios de saúde mental, laboratórios e hospitais. Além disso, a divulgação ocorreu também em três faculdades particulares de Ribeirão Preto as quais autorizaram a divulgação da pesquisa. Outras faculdades foram contatadas, porém não autorizaram a divulgação.

Além de Ribeirão Preto, a pesquisa foi divulgada em serviços de saúde de cidades próximas, sendo elas: Jardinópolis (distrito de Ribeirão Preto, localizada a 25 quilômetros desta), no qual foi realizada a divulgação em 15 unidades de saúde, incluindo hospitais, núcleos de saúde da família, dentre outros, Bonfim Paulista (distrito de Ribeirão Preto, localizada a 21 quilômetros desta), sendo divulgado em 3 unidades de saúde distintas; Sertãozinho (localizada a 21 quilômetros de Ribeirão Preto), divulgado em 19 unidades de saúde; Cravinhos (localizada a 23 quilômetros de Ribeirão Preto), em 7 unidades de saúde; Cruz das Posses (localizada a 27 quilômetros de Ribeirão Preto), em 3 unidades de saúde; e Barrinha (localizada a 36 quilômetros de Ribeirão Preto), em 8 unidades de saúde distintas.

Para realizar a divulgação a pesquisadora e outros 3 pesquisadores externos foram até todos os locais citados acima e sempre que possível os objetivos da pesquisa eram explicados aos coordenadores ou responsáveis pela instituição, além disso, era entregue a cada instituição um folder e um documento de texto explicativo sobre o estudo. O folder apresentava brevemente o conceito de ansiedade social com a seguinte explicação “Medo acentuado e persistente de situações sociais ou de desempenho; Temor em agir de modo humilhante ou vergonhoso; Situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso pavor”. Além disso, apresentava brevemente o LaPICC e a forma de tratamento da Terapia Cognitivo-Comportamental. No folder era indicado que o interessado devia mandar um e-mail para um endereço criado exclusivamente para a pesquisa com alguns dados pessoais.

Mesmo com essa forma de divulgação, a pesquisa não atingiu o número previsto de inscritos, a partir disso, ainda em 2014, a divulgação ocorreu a partir de outras formas de meios de comunicação, tais como rádio e TV Universitária local da USP – RP, agência de notícias e divulgação da USP via o site da Universidade de São Paulo. Nesses meios de divulgação foi realizada uma entrevista com intuito de convidar os participantes interessados a participarem da pesquisa em questão.

Em 2015 foi realizada divulgação em jornais e rádios locais, os quais são voltados para comunidade geral, além disso, foi realizada uma gravação de entrevista no canal da EPTC, emissora regional afiliada à TV Globo. Essa entrevista foi transmitida três vezes em dias distintos durante o intervalo dos programas previstos. Outras emissoras foram contatadas também, como o SBT em Ribeirão Preto; rádio Conquista FM; Jornal da Clube, jornal televisivo transmitido em emissora afiliada da TV Band, em Ribeirão

Preto; Câmara Municipal de Ribeirão Preto; Rádio Difusora e Jovem Pan de Ribeirão Preto, entretanto, não se obteve nenhuma resposta via e-mail ou por contato telefônico.

4.4.4 Randomização

A distribuição dos participantes diagnosticados com TAS entre as condições de intervenção e lista de espera foi realizada por meio de distribuição randômica, de modo que todos os participantes tinham as mesmas chances de participar de qualquer uma das condições experimentais. Com auxílio de um pesquisador externo ao estudo, o qual realizou um sorteio que conteve três números: um, que representava a condição de intervenção em grupo em TCC; e dois, que representava a condição lista de espera. Para garantir que os grupos ficassem equilibrados o sorteio era realizado da seguinte forma: a cada quatro participantes que demonstravam interesse e preenchiam os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa era realizado o sorteio. O sorteio continha quatro papéis (o mesmo número de participantes), sendo dois papéis com o número um e dois papéis com o número dois, assim, dois participantes seriam sorteados para o grupo um e dois participantes para o grupo dois.

Já os participantes que não preencheram os critérios diagnósticos de TAS e não apresentavam indicativos de outros transtornos mentais comuns, foram diretamente direcionados ao grupo de comparação de indivíduos sem indicativos de transtornos mentais comuns. Ademais, com intuito de reduzir os possíveis vieses do estudo, os encontros de aplicação dos instrumentos de variáveis psicológicas e o paradigma DRM foi efetuado por um pesquisador externo ao estudo.

4.4.5 Processo de Seleção dos Participantes

4.4.5.1. Entrevistas / seleção dos participantes com TAS

Essa sessão irá apresentar os dados descritivos com relação às entrevistas diagnósticas efetuadas com objetivo de realizar o processo de seleção da amostra, ou seja, era nessa etapa que se estabelecia o primeiro contato com o paciente. Nesse encontro, foi realizada a aplicação dos instrumentos relativos às variáveis psicológicas (SPIN, BAI, FNE, SADS, PHQ-9, SRQ-20, BDI-II) e a realização da entrevista diagnóstica para avaliar se o paciente estava de acordo com os critérios de inclusão e exclusão dessa

pesquisa. Visto que os critérios de inclusão são referentes à pontuação obtida na SPIN e ao diagnóstico primário de TAS (avaliado pela entrevista diagnóstica através da SCID), nessa seção serão apresentados somente os dados relativos a esses instrumentos.

A partir dos processos de divulgação, os interessados foram orientados a enviar um e-mail manifestando seu interesse em participar do estudo, com isso, foram recebidos no total 253 e-mails. Desses e-mails, alguns não haviam encaminhado nenhum telefone para contato, com isso foi encaminhado um novo e-mail solicitando o contato. Ainda assim 32 interessados não retornaram o e-mail com o contato telefônico. Além disso, 13 interessados apontaram no e-mail idade diferente da atendida pela pesquisa, com isso, encaminhamos um e-mail informando a idade estabelecida em nossa pesquisa e encaminhando o paciente para o sistema de saúde de sua cidade, 3 interessados não residiam próximos a Ribeirão Preto e com isso foram excluídos da amostra e também encaminhados para o sistema de saúde de sua cidade, finalizando assim 205 e-mails de indivíduos interessados.

Estabeleceu-se o contato via telefone com todos os 205 indivíduos, e durante o contato telefônico três informaram que apresentavam somente sintomas depressivos e que já estavam em tratamento e com isso foram excluídos da lista de candidatos legíveis. Além disso, não foi possível o contato com 28 indivíduos, totalizando assim 174 candidatos. Desses, foram agendadas 172 entrevistas, dois candidatos informaram no primeiro contato telefônico que não tinham mais interesse em participar da pesquisa. Das entrevistas marcadas, 60 participantes (cerca de 35%) não compareceram. A responsável pela pesquisa e os dois pesquisadores externos entraram em contato com os interessados que não haviam comparecido à entrevista marcada, na tentativa de remarcar uma nova data, porém, a maioria não compareceu a nenhuma nova data.

Os outros 112 participantes (65%) compareceram às entrevistas. Dentre os participantes que compareceram na entrevista, 31 foram excluídos da pesquisa por não preencherem os critérios de inclusão. Os fatores que levaram esses participantes à exclusão foram: sintomas psicóticos; transtornos de personalidade; fobia social como diagnóstico secundário; doença neurodegenerativa do tálamo; e por realizar outro processo psicoterápico. Todos os pacientes foram encaminhados para atendimento adequado.

Tendo em vista que a referida pesquisa faz parte de um projeto maior do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC) intitulado “Aprimoramento de uma metodologia de investigação de memória e emoção em amostra

clínica”, sob responsabilidade da pesquisadora Dr^a. Carmem Beatriz Neufeld, 22 participantes foram destinados a essa pesquisa, sendo assim, dos 112 participantes, 22 foram excluídos da amostra desta pesquisa. O total de participantes com TAS da pesquisa foram 59 sujeitos, os quais foram randomizados para a condição de participantes que receberam a intervenção de TCCG e para a condição de lista de espera. Para mais esclarecimentos, apresenta-se a seguir uma figura com o fluxograma dos participantes.

Figura 2. Fluxograma dos participantes interessados na pesquisa

Fonte: Elaboração Própria.

4.4.5.2 Grupo 1 – TCCG

À medida que os pacientes elegíveis eram selecionados, o processo de randomização ocorreu de forma contínua, isto é, para dar início ao grupo de intervenção aguardava-se à randomização de pelo menos cinco participantes e de no máximo seis para então estabelecer o horário que aconteceria o grupo.

Para atingir o número de participantes desejado no estudo foi necessário realizar seis grupos, os quais serão descritos a seguir. Cada grupo se reunia no horário e dia em que os participantes tivessem disponibilidade em comum.

O primeiro grupo se iniciou no dia 28/01/2015, o qual foi composto de cinco participantes. Esse grupo finalizou no dia 03/06/2015 e não houve nenhuma desistência. O segundo grupo teve seu início no dia 19/03/2015, sendo composto inicialmente por cinco participantes, porém uma das participantes desistiu do tratamento após a nona sessão, pois havia sido contratada em um segundo trabalho e com isso não conseguiria participar do grupo e dois participantes foram excluídos da amostra. Em ambos os casos, constatou-se ao longo do processo terapêutico que o diagnóstico primário dos participantes não era TAS. Ambos os participantes apresentavam todos os critérios de inclusão, contudo um dos participantes apresentava todos os critérios de TAS secundários ao diagnóstico de Transtorno de Pânico, e o outro secundário ao diagnóstico de fobia específica de cheiro. Com isso, esse grupo finalizou com apenas dois participantes.

O terceiro grupo começou no dia 28/05/2014, sendo composto inicialmente por cinco participantes, todavia, uma das participantes foi desligada em função de faltas (a paciente trabalha viajando e por isso faltou em sete encontros) e outra participante desistiu do processo psicoterápico, pois havia passado em um processo seletivo em outra cidade. Esse grupo finalizou com três participantes.

O quarto grupo teve início dia 14/07/2015, composto por cinco participantes. Nesse grupo, um paciente foi desligado por erro de diagnóstico. Ao longo do processo terapêutico foi evidenciado que o paciente apresentava como diagnóstico primário Transtorno de Personalidade Paranóide. Esse grupo finalizou com quatro participantes.

O quinto grupo se iniciou no dia 15/07/2015, inicialmente composto por cinco participantes, porém um deles desistiu sem participar de nenhuma sessão, realizaram somente a primeira etapa, ou seja, a entrevista inicial e a primeira testagem de memória, dessa forma, o grupo realmente teve início com quatro participantes, e dois deles desistiram ao longo do processo. Por fim, o grupo encerrou com dois participantes. O último grupo (sexto grupo) teve início dia 01/03/2016 com cinco participantes. Destes participantes que iniciaram o grupo, dois desistiram e três finalizaram o grupo. Considerando-se todos os participantes que finalizaram os grupos realizados foi possível obter um total de 19 participantes. A seguir será apresentado um fluxograma dos seis grupos terapêuticos.

Figura 3. Fluxograma relacionado ao processo terapêutico dos participantes com TAS randomizados para o grupo 2 (TCCG)

Fonte: Elaboração própria

4.4.5.3 Grupo 2 – Lista de Espera

Assim como foi evidenciado perda amostral no grupo um (intervenção com TCCG), o mesmo movimento ocorreu no grupo dois (lista de espera). Tendo em vista que a randomização aconteceu de maneira contínua, conforme explicado acima, a data do pós-teste de cada um dos sujeitos foi de acordo com a data do pré-teste. Todos os participantes realizavam o pós-teste após no mínimo quatro meses e no máximo seis meses.

Ao passar o tempo necessário para realizar o pós-teste, dos 29 participantes só foi possível reestabelecer o contato com 20, atingindo assim o número desejado na pesquisa. Os outros nove participantes não atenderam a ligação telefônica ou afirmaram não ter mais interesse em participar da pesquisa.

4.4.5.4 Grupo 3 – Comparação (sem indicativos de transtorno mental comum)

Da mesma forma como o grupo dois (lista de espera), os participantes do grupo de comparação também realizaram o pré-teste e o pós-teste com um intervalo de quatro a seis meses. O pré-teste foi realizado com 22 sujeitos, contudo, na época do pós-teste, três participantes não residiam mais em Ribeirão Preto e não tinham mais interesse em participar da pesquisa, com isso, o número final de participantes desse grupo é de 19 sujeitos.

4.5. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

4.5.1 Procedimento de Avaliação Pré-Teste dos Participantes com TAS

Os participantes com TAS foram advindos dos bancos de dados referentes a estudos de prevalência de TAS (Neufeld, 2012), junto a serviços que atendem a demandas clínicas (Clínica de Psicologia Aplicada - CPA) e por divulgação na população geral via internet e mídia local com a finalidade de convidar indivíduos interessados em receber

tratamento para ansiedade social. Os folders de divulgação foram confeccionados para essa pesquisa respeitando os cuidados éticos necessários.

Os participantes foram instruídos a enviar alguns dados pessoais, tais como nome, idade e contato telefônico para um e-mail criado para esse estudo, evidenciando seu interesse em participar da pesquisa. Após o recebimento do e-mail, os participantes foram contatados via telefone. No momento do contato telefônico era oferecido um pequeno esclarecimento do objetivo geral da pesquisa e de como seria realizada a entrevista inicial.

Assim, para aqueles participantes que concordavam em participar, era agendado um horário para oferecer maiores esclarecimentos sobre o estudo, além da apresentação dos Termos de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido- TCLE, um relativo a pesquisa em si e o segundo referente a forma como seus dados serão armazenados e para apresentar os objetivos da pesquisa.

Após a confirmação de participação da pesquisa era realizada a primeira etapa, sendo ela: preenchimento dos instrumentos psicológicos, sendo eles: SPIN; BAI; FNE; SADS; PHQ-9; SRQ-20 e BDI-II. Caso o respondente pontuasse escore igual ou superior a 19 pontos na SPIN, era realizada a entrevista diagnóstica através das duas versões da SCID (assim como citado no item “Instrumentos”). Caso contrário era explicado aos participantes os objetivos da pesquisa e os critérios de inclusão da mesma, e com isso, os participantes eram encaminhados para ser atendidos no LaPICC ou na rede de saúde de Ribeirão Preto ou para a cidade de origem do participante. Além disso, apresentávamos o contato dos locais de Ribeirão Preto os quais ofereciam tratamento psicoterápico gratuito.

As entrevistas duraram em média duas horas e foram realizadas pela pesquisadora e outros dois pesquisadores externos ao estudo. As entrevistas eram marcadas em ordem cronológica, de acordo com a data de envio do e-mail.

Ao final das entrevistas, aqueles participantes que cumpriam os critérios de inclusão eram informados sobre a participação na pesquisa e era agendado um novo encontro para realização do teste de memória (Paradigma DRM de listas de palavras associadas). Além disso, era informado aos participantes que, após o processo de randomização, eles poderiam participar das seguintes opções: Intervenção em grupo; ou de uma condição lista de espera. Foi ressaltado que uma vez que o participante fosse sorteado para o grupo lista de espera, este receberia intervenção após o final do estudo, caso desejasse.

Os participantes randomizados para o grupo que recebeu a intervenção em TCCG (grupo um) foram convidados a participar do grupo de intervenção, aqueles que aceitavam informavam todos os horários disponíveis, com intuito de encontrar um horário em comum entre todos os participantes (pacientes, terapeuta e coterapeuta). A intervenção foi realizada pela pesquisadora (terapeuta), junto a uma coterapeuta. É pertinente mencionar, neste momento, que a pesquisadora tem experiência clínica, atuando na área desde 2011, com experiência no tratamento de pacientes com TAS em grupo, uma vez que supervisiona grupos de atendimento dos mesmos pacientes no LaPICC-USP. Além disso, a mesma é especialista em terapia cognitivo-comportamental pelo Instituto Paranaense de Terapias Cognitivas. Ainda, ao longo do processo, foram realizadas supervisões clínicas com a Prof^a Dr^a Carmem Beatriz Neufeld, a qual tem mais de 20 anos de experiência clínica. Ademais, para a realização da intervenção proposta nesse estudo, tanto a terapeuta quanto a orientadora realizaram um treinamento com o próprio autor da proposta terapêutica, considerado um renomado pesquisador da área de tratamento de TAS, com isso, tornou-se possível aprofundar o conhecimento deste protocolo, o qual demonstra uma alta efetividade terapêutica com resultados robustos e duradouros.

4.5.2 Procedimentos de Avaliação dos Participantes do Grupo de Comparação

Assim como foi realizada a divulgação com objetivo de convidar os indivíduos interessados em receber tratamento para TAS, foi divulgada a necessidade de testar indivíduos saudáveis, assim, foi agendado um horário com todos os participantes que gostariam de participar do estudo. Nesse momento foram aplicados todos os instrumentos relativos às variáveis psicológicas (SPIN, BAI, FNE, SADS, PHQ-9, SRQ-20 e BDI-II). Caso o participante se adequasse aos critérios de inclusão do grupo de comparação, era agendado um novo encontro para realizar o procedimento DRM de falsas memórias. Além disso, foi informado que os mesmos participariam de outros dois encontros que ocorreria dentro de quatro a seis meses, sendo um deles com objetivo de replicar os instrumentos relacionados às variáveis psicológicas e outro para a realização do teste de falsas memórias (DRM).

4.5.3 Procedimento de Avaliação Relativo aos Dados de Memória medidos através do Paradigma DRM de Listas de Palavras Associadas

Ao iniciar a tarefa, os participantes foram instruídos a prestar atenção nas palavras que seriam apresentadas. O teste de memória dos participantes foi realizado em um computador (tela de 14 polegadas) equipado com o *software* E-prime, versão 1.2, cada palavra foi apresentada uma vez no centro da tela por cinco segundos e entre as listas aparecia um “*” no centro da tela por dez segundos. Em seguida utilizou-se uma atividade de distração, a qual teve como propósito evitar que o participante mantivesse a informação ‘online’, isto é, a distração incentivava que o participante focasse em outra atividade para não se manter reverberando as listas da etapa inicial. Nesse caso, a atividade distratora escolhida consistiu na realização de contas matemáticas, durante um período de dez minutos.

A próxima etapa do instrumento consistiu no teste mnemônico por reconhecimento. Foram apresentadas palavras que poderiam estar ou não estar presentes nas listas visualizadas, e o participante deveria indicar se ele reconheceu aquela palavra como pertencente ao material alvo, ou seja, o participante deveria indicar que ele viu a palavra indicada na primeira fase do paradigma (tecla “a” no teclado corresponde a opção “sim” e a tecla “d” corresponde a opção “não”).

O teste de memória de reconhecimento foi composto por 48 itens, sendo 24 de itens alvo, ou seja, palavras que realmente foram apresentadas na primeira etapa. Para o teste de reconhecimento foram apresentadas as palavras que ocupavam as posições um, oito e dez de cada uma das oito listas apresentadas na primeira fase do paradigma DRM (medida de memória verdadeira). Além disso, o teste de reconhecimento contou com mais oito itens de distratores críticos (medida de falsas memórias), os quais se referem a uma palavra que não foi apresentada no material alvo, mas que contém uma relação semântica com a lista de palavra, ou seja, cada uma das listas apresentadas possuía uma palavra crítica e 16 itens de distratores não-relacionados (medida de respostas não-mnemônicas), os quais eram palavras sem nenhuma forma de relação com a lista apresentada na primeira fase. No total o teste de reconhecimento continha 48 palavras.

4.5.3.1 Materiais e Procedimento experimentais

No paradigma de listas de palavras associadas, os estímulos (palavras-alvo; distratores relacionados; e distratores não relacionados) são compostos por palavras, configuradas na fonte Courier New, tamanho 72, na cor preta, em negrito, apresentadas no centro da tela com fundo cinza claro. Cada palavra foi apresentada uma vez no centro da tela por dois segundos e entre as listas aparecerá um “*” no centro da tela por cinco segundos. As instruções do teste foram configuradas da mesma forma (mesma fonte e mesmo formato), porém com fonte tamanho 20.

Como o teste é composto por oito listas distintas, os participantes despenderam nessa etapa experimental 910s (15min e 16s). As listas foram apresentadas conforme a sequência definida por Stein, Feix e Rohenkohl (2006), ou seja, de forma pré-definida e não aleatoriamente.

Após a apresentação da lista de palavras, automaticamente era iniciada a tarefa distratora, sendo apresentada uma tela de instrução sobre como realizar esta tarefa. Os participantes tinham dez minutos para realizar as contas de soma, e após realizarem o cálculo mental deveriam pressionar entre três alternativas distintas, a resposta que julgasse correta à conta de adição apresentada. Foram apresentadas 30 contas diferentes de forma aleatória. Caso o participante respondesse as questões em menos de dez minutos automaticamente o programa repetia as contas previamente realizadas; o programa contava com 200 contas diferentes. Este procedimento objetivou garantir que todos os participantes despenderiam o mesmo tempo (dez minutos) na realização desta tarefa distratora.

Por fim, seguia-se a última etapa do teste de memória: a tarefa de reconhecimento. Após ler as instruções na tela do computador, a qual orientava o participante a responder se ele havia visto a palavra indicada ao longo das listas apresentadas, o participante deveria julgar se as palavras apresentadas estavam presentes na primeira etapa do teste, pressionando uma entre duas teclas do computador (“sim” caso julgasse que esta palavra foi apresentada previamente à tarefa de matemática; ou “não”, caso julgasse que a palavra não foi apresentada). As palavras foram apresentadas de forma aleatória e permaneciam no centro da tela por tempo indeterminado até a resposta do participante.

A variável independente do paradigma DRM é a presença ou ausência de TAS. Já a variável dependente é o índice de performance da memória, tendo três níveis: índice

de memória verdadeira *versus* índice de falsa memória *versus* índice de resposta não-mnemônica. O índice de memória verdadeira diz respeito às palavras que realmente apareceram na primeira etapa do experimento; as falsas memórias fazem menção aos distratores críticos, ou seja, uma palavra com relação semântica com cada uma das listas, as quais não foram apresentadas na primeira etapa, e, por fim, o índice de resposta não-mnemônica refere-se às palavras sem nenhuma relação com as listas apresentadas anteriormente. Após isso, o participante recebe a instrução de que o teste acabou.

4.5.4 Procedimentos Relativos à Intervenção dos Participantes com TAS do Grupo 1

O programa de intervenção foi baseado no Programa de intervenção desenvolvido por Hofmann e Otto (2008) (Apêndice D). Tendo em vista que o programa em questão nunca foi aplicado na população brasileira e também não foi realizada nenhuma forma de adaptação cultural ou linguística, foram necessários empregar procedimentos de adaptação do programa. Inicialmente realizou-se a tradução/retrotradução (método de *back-translation*) do protocolo (disponível em inglês em Hofmann & Otto, 2008). Este procedimento contou com a tradução para o português do Brasil realizado pela própria pesquisadora enquanto a retrotradução foi realizada por outro psicólogo bilíngue (português e inglês). Posteriormente, outro psicólogo bilíngue traduziu o protocolo para o mesmo idioma, sem consultar a versão traduzida inicialmente. Num segundo momento, comparou-se ambas as versões a fim de que se realizassem as alterações necessárias para compor a versão final.

Além disso, em função das diferenças culturais, o protocolo sofreu algumas alterações, sendo as principais alterações aquelas relativas às exposições sugeridas pelo protocolo. O protocolo original conta com uma lista de 19 possíveis exposições, as quais são sugeridas para a realização pelos participantes, visando entender o impacto de cada uma das exposições e também avaliar se estas eram culturalmente possíveis, num primeiro momento a terapeuta e um psicólogo colaborador do LaPICC, ambos sem sintomas de TAS, realizaram todas as exposições propostas. Posteriormente, foram realizadas supervisões e discussões com a orientadora do estudo e em função de aspectos éticos e adaptação cultural, algumas exposições foram retiradas e algumas foram alteradas (Apêndice E). Finalmente, a proposta final foi enviada para o autor do protocolo, o Prof^o

Drº Stefan Hofmann, o qual avaliou a proposta adaptada culturalmente e aprovou a mesma.

As intervenções deste grupo foram realizadas entre 2015 e 2016. As sessões em grupo ocorreram semanalmente, com duração média de duas horas, sendo que a intervenção foi composta por 16 sessões. Cada grupo terapêutico foi formado por cinco ou seis participantes que possuíam disponibilidade de horário em comum, além de uma terapeuta e coterapeuta. Para alcançar o número de participantes previsto foi necessário realizar 6 grupos, em consequência do processo de entrevista e randomização, cada um dos grupos reuniu-se em momentos distintos entre o primeiro semestre de 2015 até o último semestre de 2016.

O grupo tinha início quando cinco ou seis participantes passavam por todo o processo de seleção da amostra e randomização. Após esse processo, os participantes eram indagados a respeito da disponibilidade de horário de cada um deles, ao encontrar um horário em comum entre os participantes do grupo e as terapeutas iniciava-se o processo psicoterápico.

A temática das sessões foi mantida em todos os grupos. É válido salientar que o protocolo original proposto por Hofmann e Otto (2008) foi testado e desenvolvido em população norte-americana, assim, haja vista as profundas diferenças culturais entre a população brasileira e aquela ao qual o protocolo foi desenvolvido, algumas adaptações culturais foram realizadas de modo a viabilizar a execução do protocolo na presente pesquisa.

Segundo o protocolo proposto, a primeira sessão se iniciou com a apresentação da terapeuta e da coterapeuta, as quais propiciaram modelos de apresentação para os membros do grupo e, após isso, os membros do grupo apresentaram-se e apontaram brevemente as razões para a busca de tratamento. Além disso, ainda nessa sessão foi abordada a psicoeducação sobre a natureza do TAS como um hábito aprendido, os aspectos desadaptativos dos comportamentos de esquiva e evitação e o modelo de tratamento para fobia social, assim como psicoeducação sobre o funcionamento da ansiedade e a manutenção do ciclo através da evitação e das estratégias de esquiva (Anexo C). Também foi apresentado um roteiro dos próximos tópicos a serem abordados ao longo de todo tratamento, e quais pontos que a intervenção tem intenção de desenvolver.

Considerando-se a participação dos indivíduos ao longo da primeira sessão, foi necessário dividir a primeira sessão proposta pelo protocolo em duas sessões. Com isso, na primeira sessão foi realizada a apresentação da terapeuta, coterapeuta e dos

participantes, após este momento foi realizada a psicoeducação sobre a ansiedade e sobre a natureza do TAS, aspectos desadaptativos e do modelo do tratamento. Na segunda sessão, foram finalizados os demais temas propostos pelo protocolo na primeira sessão, tais como psicoeducação sobre a esquiva e evitação e apresentação dos próximos passos (Anexo D).

Na segunda sessão, conforme proposto pelo protocolo original, os participantes responderam uma escala sobre o funcionamento de cada um nas situações sociais. Além disso, realiza-se a primeira sessão de vídeo feedback. Nesse momento é feito um convite aos membros do grupo a compartilharem sua experiência através de um discurso a respeito do funcionamento da ansiedade. Esse discurso é individual perante o grupo, contudo, olhando para uma câmera. Após o término dos discursos dos participantes, cada participante relata sobre seu próprio desempenho ao gravar o vídeo, levantando quais itens ele acredita que deixou a desejar e avalia de maneira geral seu desempenho social (Anexo E).

Após a etapa de avaliação, todo o grupo de participantes assiste aos seus vídeos e é convidado a identificar e desafiar suas previsões, realizadas anteriormente, a respeito do próprio desempenho. Após reflexão sobre como eles haviam se autoavaliado e como eles se perceberam no vídeo, todos os participantes comentam a respeito do seu próprio vídeo e dos demais colegas, favorecendo a discussão sobre possíveis olhares externos. Ao final da sessão os pacientes são convidados a realizar a primeira tarefa de casa. A tarefa consiste em realizar uma exposição em frente ao espelho, sendo que, nesse momento, o participante deve gravar um vídeo e assisti-lo. O objetivo dessa atividade é diminuir o desconforto consigo mesmo e com sua imagem corporal.

Indo de encontro com a mudança realizada na primeira sessão, a segunda sessão também foi dividida em duas sessões, ou seja, na sessão três e na sessão quatro. Na terceira sessão os pacientes responderam uma escala sobre o funcionamento dos mesmos em situações sociais e foi realizada a primeira etapa do vídeo feedback, ou seja, os participantes gravaram seu discurso olhando para a câmera. Após essa etapa todos os participantes avaliaram seu próprio desempenho. Ao final da sessão os pacientes foram convidados a realizar a primeira tarefa de casa, conforme o protocolo original.

Na quarta sessão foi realizada inicialmente a revisão da tarefa de casa, em que os pacientes foram incentivados a comentar sobre o vídeo gravado e sobre como foi rever seus próprios vídeos. Após esse momento retomou-se a discussão sobre a temática da sessão anterior e foi entregue um documento realizado por eles na sessão anterior a

respeito da forma como eles haviam se avaliado. Foi realizada uma recordação mental de cada um dos vídeos gravados, de tal forma que os pacientes são incentivados a comentar novamente sobre o próprio desempenho, após esse momento os vídeos eram assistidos. Posteriormente a esse momento era realizada uma comparação da forma como o participante havia se avaliado anteriormente e com o desempenho real observado no vídeo. Finalmente, nessa sessão os pacientes são convidados a realizar novamente a tarefa solicitada na terceira sessão.

Da terceira à sexta sessão é proposto pelo protocolo original a seguinte sequência: revisão da tarefa de casa e a continuação com a prática de exposição em sessão (gravação dos discursos). De acordo com a evolução do grupo, são realizadas mudanças nas temáticas dos discursos, tornando os temas mais difíceis para os pacientes com ansiedade social. Nesse momento a tarefa de casa envolve a realização de exposições sociais que gerem pouca ansiedade, na qual o paciente se sinta desconfortável, mas que não gere sofrimento. Na pesquisa em questão, realizou-se a mesma alteração citada acima, ou seja, as sessões de vídeo *feedback* foram divididas em duas sessões, sendo assim essa etapa foi realizada da quinta sessão até a décima sessão. Os temas propostos para o discurso foram: falar sobre a rotina, falar sobre uma situação constrangedora e falar sobre como tem sido aplicar as estratégias de controle da ansiedade ao longo de seu cotidiano. Além da etapa do vídeo *feedback*, foi necessário retomar o conceito dos comportamentos de segurança e as tarefas de casa permaneceram as mesmas propostas pelo protocolo original.

Da sétima à décima segunda sessão, conforme o protocolo proposto por Hofmann e Otto (2008), inicia-se a etapa das exposições ao vivo, porém com nível de complexidade elevado, ou seja, nesse momento as exposições realmente geram ansiedade. Anteriormente às exposições, são avaliados e reestruturados todos os pensamentos vinculados a situação em questão. Com isso, antes de cada exercício de exposição são realizados alguns questionamentos, tais como: nível máximo de ansiedade que pode ser atingido durante a exposição, objetivo específico da exposição, resultado esperado com a exposição e caso ocorra alguma consequência negativa, quanto tempo esta pode durar. Além disso, o custo social de cada exposição deve ser avaliado para atingir os medos específicos de cada paciente, identificando e avaliando os pensamentos automáticos antes da decisão das exposições.

É importante, ainda, definir claramente o objetivo da exposição e não manter o foco sobre o sucesso ou fracasso da mesma. Ao final da sessão os pacientes são

convidados a definir em grupo qual será a exposição da semana, sendo que todos os participantes realizam a mesma exposição ao longo deste período.

Para realização desta pesquisa foi necessário retomar a psicoeducação a respeito do modelo cognitivo e com isso foi iniciado a fase de exposição ao vivo. Essa etapa de intervenção ocorreu da décima primeira à décima quinta sessão seguindo a mesma forma proposta pelo protocolo original. Além disso, o protocolo propõe algumas exposições, tendo em vista as diferenças culturais, foi necessário adaptar as exposições para nossa cultura (Apêndice F).

Por fim, na última sessão foi realizada uma avaliação sobre os objetivos inicialmente propostos e realizou-se a prevenção de recaída a partir de uma revisão de todos os temas trabalhados ao longo do tratamento. Nesse momento os participantes avaliam seu processo de melhoria e detectam uns aos outros possíveis sinais de alerta, como forma de manter a evolução.

Tendo em vista que o tratamento ocorre em 16 sessões, na oitava sessão (exatamente no meio do tratamento), os participantes foram convidados a responder novamente os questionários de variáveis psicológicas, tais como Inventário de Fobia Social (SPIN), Inventário de Ansiedade de Beck, Escala de Medo de Avaliação Negativa (FNE), Escala de Esquiva e Desconforto Social (SADS), Questionário sobre a Saúde do Paciente (PHQ-9), Questionário de Autorrelato (SRQ-20) e Inventário de Depressão de Beck (BDI-II). Para mais detalhes a respeito da temática de cada sessão considerar o apêndice D.

Com relação aos aspectos formais do grupo, informou-se aos participantes durante a primeira sessão a respeito do número máximo de falta possível, foi aceito que o participante tivesse no máximo 25% de faltas, totalizando quatro sessões. Todas as faltas deveriam ser avisadas anteriormente e justificadas. Além disso, também foi frisado sobre possíveis atrasos, afirmando que o encontro do grupo ocorreria no horário marcado, caso o participante chegasse atrasado, o mesmo perderia o início da sessão.

4.5.4.1. Estudo piloto

Com o objetivo de identificar possíveis erros ou problemas na execução da intervenção, foi realizado um grupo piloto interno. Segundo Miot (2011), o estudo piloto realiza a função de treinar as habilidades necessárias para a intervenção terapêutica e, assim, rever possíveis pontos a serem alterados. O estudo piloto assegura uniformidade e

padronização dos procedimentos. Tendo em vista que o resultado do grupo piloto foi satisfatório e não foi evidenciada nenhuma possível modificação do protocolo de intervenção, o grupo piloto foi incorporado à amostra da pesquisa. Segundo Wittes e Brittain (1990), os dados obtidos a partir de um estudo com piloto interno podem ser incorporados à amostra ao final da coleta, desde que seus resultados não provoquem nenhuma modificação no projeto original. Os resultados referentes ao piloto serão apresentados no item “Resultados - grupo piloto”.

4.5.5 Procedimento de Avaliação Pós-Teste dos Participantes

Após um intervalo de quatro a seis meses, referente ao tempo de realização do grupo de intervenção, os participantes do grupo lista de espera (grupo dois) e do grupo de comparação foram contatados novamente com a finalidade de agendar os próximos encontros que tiveram o mesmo objetivo dos encontros iniciais, totalizando quatro encontros ao total. No último encontro, era perguntado ao participante sobre o interesse do mesmo em participar de um grupo de tratamento ao final da pesquisa.

O grupo que participou da intervenção de TCCG, após o término dos encontros, os participantes foram novamente contatados a fim de agendar os últimos dois encontros individuais para realizar novamente os instrumentos relativos às variáveis psicológicas (SPIN, BAI, FNE, SADS, PHQ-9, SRQ-20 e BDI-II). Os procedimentos relativos à memória, totalizando 20 encontros ao total. O grupo um foi avaliado no pós-teste por um avaliador independente ao estudo e colaborador do LaPICC, contudo, a terapeuta e pesquisadora precisou realizar a avaliação pós-teste de quatro participantes. Esse cuidado metodológico foi tomado para reduzir o viés da expectativa do avaliador e também o viés de resposta dos participantes que poderia tentar agradar o avaliador, caso esses já tivessem um vínculo prévio, tal como seria com a terapeuta do grupo.

5. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

As informações coletadas foram armazenadas em um banco de dados elaborado especialmente para este fim e analisadas com o auxílio do pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows®*, versão 16.0 (Nie, Hull, & Bent, 2003). Todos os tratamentos estatísticos utilizarão um p-valor inferior a 0,05 ($p < 0,05$) para o teste de hipóteses.

Inicialmente, foi realizado o teste de normalidade Shapiro-Wilk. Optou-se por esse teste, pois o número de participantes de cada grupo foi menor que 50 (Field, 2009), para verificar se os dados seguiam distribuição normal. Segundo Field (2009), uma distribuição pode se desviar de uma normal de duas principais maneiras: falta de simetria e achatamento ou falta de curtose. De acordo com Marôco (2011), é admissível valores de até 3,0 para assimetria e 7,0 para curtose, acima desses valores indicam violação séria do pressuposto da normalidade. Com isso, foi evidenciado que as variáveis do presente estudo seguem distribuição normal.

Com a finalidade de caracterizar os dados sociodemográficos dos grupos realizou-se uma análise descritiva das informações. Tendo em conta que os dados são variáveis nominais, realizou-se o teste Qui-Quadrado com o teste exato de Fisher para verificar a associação entre as variáveis de interesse entre os grupos (variáveis categóricas nominais: gênero, escolaridade, trabalho, uso de medicamento psiquiátrico e comorbidades).

Para as comparações envolvendo as variáveis quantitativas relacionadas aos instrumentos relativos as variáveis psicológicas (SPIN, BAI, FNE, SADS, PHQ-9, SRQ-20 e BDI-II) foi realizada ANOVA One Way com teste de correção Post Hoc de Bonferroni. A ANOVA (Analysis of Variance ou Análise de Variância) consiste em um teste que compara a média de mais de duas populações, buscando determinar a variabilidade da amostra. Esta análise de variância requer, como hipóteses, que as amostras sejam independentes, que as populações apresentem distribuição normal e que as variâncias das populações sejam iguais. Especificamente, a ANOVA de uma via (ANOVA One-Way) é uma extensão do teste t na medida em que permite verificar o efeito de uma variável independente de natureza qualitativa (um fator) em uma variável dependente de natureza quantitativa. A hipótese consiste, então, em testar se as médias das populações são iguais. Para que a hipótese seja rejeitada, basta existir pelo menos um grupo com média diferente dos demais (Fávero, Belfiore, Silva, & Chan, 2009). Ademais,

o teste de Bonferroni é dos mais utilizados em conjunto com a análise ANOVA e tem como objetivo determinar quais pares de médias são significativamente diferentes (Favero, Belfiore, Silva & Chan, 2009).

Adicionalmente, foram realizadas análises estatísticas entre o pré-teste e o pós-teste, tanto dos instrumentos relativos as variáveis psicológicas (SPIN, BAI, FNE, SADS, PHQ-9, SRQ-20 e BDI-II) como dos índices de falsas memórias, memórias verdadeiras e respostas não-mnemônicas. Para esse objetivo foi realizado o Teste T-Student em pares. O teste T consiste em um teste de hipótese que usa conceitos estatísticos para rejeitar ou não uma hipótese nula. Aplica-se tanto às amostras independentes como amostras emparelhadas. Quando foram encontradas diferenças significativas nesse teste, foi realizado o teste de Magnitude de Efeito. Esse teste tem como finalidade verificar o tamanho do efeito da diferença observada (Field, 2009; Lindenau & Guimarães, 2012). Segundo Lindenau e Guimarães (2012), o tamanho de efeito é uma estatística descritiva com o intuito de complementar o teste de significância estatística, nesse caso, o teste estatístico utilizado foi o de mensuração *d de Cohen*.

6. RESULTADOS

Nesta seção serão demonstrados os resultados obtidos a partir da investigação dos objetivos propostos pelo estudo. Mais especificamente, serão apresentados os resultados referentes aos participantes que realizaram todas as etapas da pesquisa, ou seja, os pacientes que realizaram tanto o pré-teste quanto o pós-teste. Dessa forma, os dados apresentados referem-se a 19 participantes que compuseram o grupo um (com intervenção de TCCG), 20 participantes que compuseram o grupo dois (lista de espera) e 19 participantes do grupo três (grupo de comparação). Os resultados serão apresentados em 5 seções: 1) Estudo piloto, com finalidade de responder ao objetivo específico um. 2) Dados relativos ao pré-teste, os quais incluem a caracterização dos participantes com TAS, caracterização dos participantes saudáveis, caracterização dos participantes com TAS subdivididos nos grupos (com intervenção e lista de espera) e análise estatística das variáveis psicológicas relacionadas à gravidade dos sintomas e dados sociodemográficos, com a finalidade de responder ao objetivo dois. 3) Intervenção, a qual inclui as comparações entre os momentos de pré e pós-teste de ambos os grupos, com a finalidade de responder ao objetivo três. 4) Dados relativos ao pós-teste, os quais incluem a comparação entre os três grupos, com propósito de responder o quatro. 5) Performance da memória, com intenção de responder os objetivos 5 e 6.

Com a finalidade de elucidar a trajetória de análise dos resultados, apresenta-se a seguir uma figura que ilustrará as etapas empreendidos na análise dos dados.

Figura 4. Fluxograma da trajetória de análise dos resultados

Fonte: Elaboração Própria

Será realizada inicialmente a caracterização do grupo de comparação, posteriormente a caracterização do grupo de pacientes com TAS e depois a caracterização dos dois grupos advindos do grande grupo de participantes com TAS, ou seja, o grupo experimental TCCG e o grupo Lista de espera. Após esse processo, será realizada a comparação dos dados relativos ao pré-teste entre os grupos 1, 2 e 3, em seguida as análises intragrupos com relação a comparação de pré e pós-teste e, finalmente, a comparação relativa ao pós-teste entre os três grupos (conforme apresentado na figura baixo.)

Figura 5. Fluxograma da trajetória de comparação dos resultados

Fonte: Elaboração Própria

6.1 GRUPO PILOTO

O grupo piloto foi composto por 5 participantes. Nesse grupo não houve nenhuma desistência. Com objetivo de realizar uma comparação entre os dados de pré e pós-teste foi realizado um test t em pares. Após a intervenção, evidenciou-se, a partir do resultado obtido no pós-teste, uma diminuição nos escores médios de todas as escalas utilizadas. Na SPIN, os participantes apresentavam no pré-teste um escore médio de 43,6 (DP = 12,1), já no pós-teste o escore médio foi de 20,4 (DP = 11,5), indicando uma redução de 23,2 pontos nos sintomas de ansiedade social. Segundo o teste estatístico utilizado foi possível evidenciar que essa diferença foi estatisticamente significativa ($t = 3,685$; $p = 0,021$).

Em relação à BAI, no pré-teste os participantes apresentavam um escore médio de 24,0 pontos (DP = 15,2), e no pós-teste evidenciaram um escore médio de 9,8 (DP = 6,5) o que aponta uma redução de 14,2 pontos, contudo, a análise estatística apontou que essa diferença não foi estatisticamente significativa ($t = 1,970$; $p = 0,12$).

Já em relação a FNE e a SADS, o escore médio apresentado por estes participantes no pré-teste na FNE foi de 26,4 (DP = 4,8), e no pós-teste de 17,0 (DP =

9,8), indicando uma redução de 9,4 pontos. Já com relação à SADS, o escore médio observado inicialmente foi de 22,6 (DP = 10,4), e, finalmente, no pós-teste era de 16,6 (DP = 10,3), indicando uma diminuição de 6 pontos. Em ambas as escalas, a análise estatística evidenciou que a diferença não foi significativa ($t < 2,455$; $p > 0,07$).

Com relação às escalas de sintomas depressivos, na escala do PHQ-9 foi evidenciada uma média de 10,8 (DP = 7,0), e no pós-teste 4,6 (3,0), indicando uma redução de 6,2 pontos. Na escala BDI-II visualizou-se um escore médio inicial de 15,6 (DP=8,8) e no pós-teste demonstrou-se uma redução de 8,4 pontos, totalizando um escore médio de 7,2 (DP=5,9). Já no SRQ-20, constatou-se uma média inicial de 10,4 (DP = 4,8), e posteriormente no pós-teste a média era de 4,0 (DP = 3,2). Em ambas as escalas, a análise estatística também apontou que a diferença não foi significativa ($t < 2,268$; $p > 0,08$). Tendo em vista que não foi necessária nenhuma alteração após o piloto, o grupo em questão foi incorporado na amostra final do trabalho, com isso, os dados serão discutidos com relação ao grupo amostral final.

6.2 DADOS RELATIVOS AO PRÉ-TESTE

6.2.1 Caracterização Geral do Grupo de Comparação

O grupo de comparação é constituído por 19 participantes. A média de idade dos participantes é de 27,4 anos (DP = 3,7). O grupo é composto por 13 mulheres (correspondente a 68%) e 6 homens (correspondente a 32%). Quanto à escolaridade, 84% dos participantes possuem ensino superior completo (16 participantes), 11% está cursando o ensino superior (2 participantes) e 5% possui ensino médio (1 participante). Com relação ao trabalho/ocupação, 95% dos participantes possuem trabalho (18 participantes), e um único participante não trabalha (equivalente a 5%), contudo, este participante está cursando ensino superior. Nenhum dos participantes faz uso de medicação psiquiátrica e também nenhum participante possui diagnóstico prévio de TAS. Com relação ao histórico familiar de transtorno psiquiátrico, 16% afirmou que algum membro da família apresenta transtorno psiquiátrico, sendo todos eles sintomas depressivos (3 participantes).

Com relação às variáveis psicológicas relacionadas à gravidade dos sintomas, no Inventário de Fobia Social – SPIN os participantes apresentaram escore médio de 8,5 (DP = 5,2), no Inventário de Ansiedade de Beck - BAI o escore médio foi de 3,9 (DP= 3,9), na Escala de Medo de Avaliação Negativa - FNE a média foi de 12,6 (DP=6,5), na Escala de Esquiva e Desconforto Social - SADS o escore médio foi de 3,7 (DP=3,7).

Já com relação aos demais sintomas investigados, no Questionário Sobre a Saúde do Paciente–9 -PHQ-9 a média obtida foi de 2,4 (DP = 1,6). No Questionário de autorrelato - SRQ-20 a média foi de 2,1 (DP = 2,2) e no Inventário Beck de Depressão – BDI-II o escore médio foi de 3,6 (DP = 2,7).

6.2.2 Caracterização Geral dos Participantes com TAS

A partir da etapa de entrevista, a pesquisa contou inicialmente com 59 participantes, contudo, em função de desistências, somente 39 participantes finalizaram todas as etapas da pesquisa. Deste modo, os dados apresentados serão relativos aos 39 participantes com TAS independente de qual grupo estes participam, ou seja, tanto os dados dos participantes do grupo um (participantes com TAS e que receberam intervenção em TCCG) quando do grupo dois (lista de espera) serão caracterizados ao longo desse tópico.

A média de idade dos participantes com TAS é de 27,47 anos (com Desvio- Padrão, doravante neste trabalho denominado DP igual a 3,79, ou seja, DP = 3,79). Com relação ao sexo, 41,03% participantes são do sexo masculino (16 participantes) e 58,97% do sexo feminino (39 participantes). Com relação à presença de comorbidades, 69% dos participantes apresentavam alguma comorbidade (n = 27). Dentre esses, 31% apresentavam comorbidade com sintomas depressivos (n = 12), 15% apresentavam outros transtornos de ansiedade (n=6), 21% apresentavam tanto sintomas depressivos quanto sintomas de outros transtornos de ansiedade (n=8) e somente um participante apresentava depressão e uso de substância (3%). Somente 31% dos participantes não apresentavam nenhuma comorbidade (n = 12).

No tocante à escolaridade: 54% dos participantes possuem ensino superior completo (21 participantes), 28% estão cursando o ensino superior nesse momento (11 participantes) e 18% possui ensino médio (7 participantes). Entre todos os participantes,

69% trabalha atualmente (27 participantes) e 31% não realiza nenhum trabalho (12 participantes).

Com relação ao uso de medicação: 15% dos participantes realizam o uso recorrente de antidepressivo (6 participantes). O tempo de uso do medicamento variou de dois meses até quatro anos de uso. Por fim, 15% dos participantes já haviam recebido o diagnóstico prévio de TAS (6 participantes).

No que concerne às variáveis psicológicas relacionadas à gravidade dos sintomas, no pré-teste, todos os participantes apresentaram escore maior do que 19 pontos no Inventário de Fobia Social - SPIN, a qual indica presença de sintomas de transtorno de ansiedade social, o escore médio obtido pelos participantes foi de 44,5 (DP = 8,7) no Inventário de Fobia Social - SPIN, o escore médio do Inventário de Ansiedade de Beck - BAI foi de 21,5 (DP = 11,5), na Escala de Medo de Avaliação Negativa - FNE foi de 26,2 (DP = 4,4), na Escala de Esquiva e Desconforto Social - SADS o escore médio foi de 22,7 (DP=6,9). Já com relação ao Questionário Sobre a Saúde do Paciente-9 - PHQ-9 a média obtida foi de 12,5 (DP = 6,8). No Questionário de autorrelato - SRQ-20 a média foi de 11,5 (DP = 4,9) e no Inventário Beck de Depressão -BDI-II o escore médio foi de 19,0 (DP = 10,9=0). Em anexo segue a caracterização geral dos pacientes (Apêndice G e H).

6.2.3 Caracterização dos Participantes com TAS Subdivididos nos Grupos (com Intervenção e Lista de Espera)

6.2.3.1 Caracterização dos participantes com TAS que participam do grupo experimental (com intervenção em Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo)

O grupo é composto de 19 participantes, com média de idade de 29,1 anos (DP = 5,0), no qual 53% são homens (n = 10) e 47% são mulheres (n = 9). Com relação à presença de comorbidades, somente 7 participantes não apresentavam nenhuma comorbidade (37% dos participantes), 12 participantes apresentavam comorbidade (63%), sendo esta, depressão (37% dos participantes, n=7), outro transtorno de ansiedade (sendo 3 participantes, correspondente a 16%). Outros 2 participantes apresentavam comorbidade tanto com sintomas depressivos como sintomas de outros transtornos de ansiedade (11%).

Quanto à escolaridade: 58% dos participantes possuem ensino superior completo (11 participantes), 32% está cursando o ensino superior nesse momento (6 participantes), 11% possui ensino médio (2 participantes). Entre todos os participantes, 74% trabalha atualmente (14 participantes) e 26% não realiza nenhum trabalho (7 participantes), contudo vale a pena reiterar que desse total de 7 participantes, 6 estão cursando o ensino superior.

Com relação ao uso de medicação, 21% dos participantes realizam o uso recorrente de antidepressivo (4 participantes). O tempo de uso do medicamento varia de 3 meses até 2 anos de uso e 26% dos participantes já haviam recebido o diagnóstico prévio de TAS (5 participantes). Por fim, 21% dos participantes apresentam algum membro da família com transtorno psiquiátrico (4 participantes), sendo eles transtorno de pânico e depressão.

No que diz respeito às variáveis psicológicas relacionadas à gravidade dos sintomas no Inventário de Fobia Social - SPIN, o escore médio obtido pelos participantes foi de 46,5 (DP = 8,9), já o escore médio do Inventário de Ansiedade de Beck - BAI foi de 24,6 (DP = 12,9), na Escala de Medo de Avaliação Negativa - FNE foi de 26,9 (DP = 3,8), na Escala de Esquiva e Desconforto Social - SADS o escore médio foi de 24 (DP=6,9). Já com relação ao Questionário Sobre a Saúde do Paciente-9 - PHQ-9 a média obtida foi de 14,4 (DP = 8,3). No Questionário de autorrelato - SRQ-20 a média foi de 13,1 (DP = 6,0) e no Inventário Beck de Depressão -BDI-II o escore médio foi de 20,8 (DP = 11,5).

6.2.3.2. Caracterização dos participantes com TAS que participam do grupo lista de espera

Participaram desse grupo 20 indivíduos, com média de idade de 31,2 anos (DP = 5,6) onde 30% são homens e 70% são mulheres. Desses participantes, 5 indivíduos não apresentam nenhuma comorbidade (25%) e 75% apresentam uma ou mais comorbidades (15 participantes), sendo essas: depressão (25% - 5 participantes), outros transtornos de ansiedade (20% - 4 participantes), presença de sintomas depressivos e sintomas de outros transtornos de ansiedade (25% - 5 participantes) e sintomas depressivos e uso de substâncias (5% - 1 participante).

Sobre a escolaridade, 50% possuem ensino superior completo (10 participantes), 25% está cursando o ensino superior (5 participantes) e 25% possui ensino

médio (5 participantes). Ademais, 65% dos participantes trabalham atualmente (13 participantes). Com relação ao uso de medicação 10% dos participantes realizam o uso recorrente de antidepressivo (2 participantes). O tempo de uso do medicamento desses dois participantes é de 3 meses para um e de 4 anos de uso para o outro, 5% dos participantes já haviam recebido o diagnóstico prévio de TAS (somente 1 participante). Finalmente, 30% dos participantes identificam sintomas psiquiátricos em algum membro da família (6 participantes).

Sobre as variáveis psicológicas relacionadas à gravidade dos sintomas no Inventário de Fobia Social - SPIN, o escore médio obtido pelos participantes foi de 42,5 (DP = 8,6), o escore médio do Inventário de Ansiedade de Beck - BAI foi de 18,6 (DP = 10,3), na Escala de Medo de Avaliação Negativa - FNE foi de 25,5 (DP = 5,1), na Escala de Esquiva e Desconforto Social - SADS o escore médio foi de 21,4 (DP=6,9). Já com relação ao Questionário Sobre a Saúde do Paciente-9 -PHQ-9 a média obtida foi de 10,7 (DP = 4,6). No Questionário de auto relato - SRQ-20 a média foi de 10,0 (DP = 2,8) e no Inventário Beck de Depressão -BDI-II o escore médio foi de 17,2 (DP = 8,2). Para mais esclarecimentos, será apresentada abaixo uma tabela na qual será evidenciada as variáveis sociodemográficas de todos os participantes do estudo, de acordo com a presença de TAS ou ausência de sintomas mentais comuns, e com base nisso, destacam-se os dados relativos à idade, ao sexo, ao nível de escolaridade, trabalho/atividade ocupacional e ao de medicamento psiquiátrico.

Tabela 1. Dados Demográficos dos participantes do Grupo Experimental (o qual recebeu a intervenção) *versus* os participantes do Grupo de Lista de Espera *versus* Grupo de comparação

		Participantes com TAS (N = 39)		Grupo de Comparação (N = 19)
		Grupo Experimental (N = 19)	Grupo Lista de Espera (N = 20)	
		Média (Desvio Padrão) e Frequência (%)	Média (Desvio Padrão) e Frequência (%)	Média (Desvio Padrão) e Frequência (%)
Idade		29,1 (5,0)	31,2 (5,6)	27,4 (3,7)
Sexo	Masculino	47,0%	30,0%	32,0%
	Feminino	53,0%	70,0%	68,0%
Escolaridade	3º Grau	58,0%	50,0%	84,0%
	3º Grau incompleto	32,0%	25,0%	11,0%
	2º Grau	11,0%	25,0%	5,0%
	1º Grau	0,0%	0,0%	0,0%
Trabalho	Possui	74,0%	65,0%	95,0%
	Não possui	26,0%	35,0%	5,0%
Uso de medicamento	Sim	21,0%	10,0%	0,0%
	Não	79,0%	90,0%	100,0%
Diagnóstico de TAS	Sim	26%	05%	0%
	Não	74%	95%	100%

Fonte: Elaboração Própria

6.2.4 Análise Estatística das Variáveis Psicológicas relacionadas à Gravidade dos Sintomas e Dados Sociodemográficos no Pré-Teste

Inicialmente foi realizado um teste de normalidade para avaliação da distribuição dos dados sociodemográficos. Para este fim, foi empregado o Teste Shapiro-Wilk que é o mais indicado para amostras menores do que 50 participantes por condição e que tem por finalidade testar se a variável em estudo possui ou não uma distribuição normal. Os resultados encontrados evidenciam que os dados seguem uma distribuição normal. Desse modo, foram realizados testes paramétricos para obtenção dos resultados relativos às variáveis sociodemográficas.

Com o propósito de verificar se existem diferenças estatísticas entre o grupo de participantes com TAS e o grupo de participantes saudáveis, com relação às variáveis de idade e gênero, a fim de se evidenciar se os grupos são equivalentes com relação a essas variáveis, já que a literatura aponta diferenças nos pacientes com TAS, foram empregadas análises estatísticas que estão descritas a seguir.

Considerando as comparações entre dois grupos em relação às variáveis quantitativas do objetivo, foi realizado um Test t-Student (idade), o qual tem por objetivo avaliar as diferenças entre as médias de dois grupos, já para a variável qualitativa (gênero) foi realizado o Teste exato de Fisher para verificar a associação entre as variáveis de interesse entre os grupos (Grupo de comparação e TAS).

Neste sentido, os resultados obtidos pelo Teste t-Student evidenciaram que não há diferenças estatisticamente significativas em relação a idade entre os dois grupos (grupo com TAS *versus* Grupo de comparação) [$t = -1,96$; $p = 0,06$]. O teste exato de Fisher demonstrou que não há diferenças significativas também relacionadas ao sexo [$\chi^2 (1, n=58) = 0,48$, $p=0,29$]. Evidenciando que os grupos são equivalente com relação a sexo e idade.

Com objetivo de verificar se existem diferenças estatísticas com relação às variáveis de idade, gênero, escolaridade, estar trabalhando no momento, uso de medicação psiquiátrica e presença de comorbidades entre todos os grupos, sendo eles, um grupo experimental com TAS, um grupo lista de espera com TAS e um grupo de comparação, foram empregadas análises estatísticas que estão descritas a seguir.

Para análise das variáveis categóricas nominais (gênero, escolaridade, trabalho, uso de medicamento psiquiátrico e comorbidades) foi realizado o Teste Qui-Quadrado para comparar os diferentes grupos. Tal teste é aplicado a amostras em que a variável

nominal assume duas ou mais categoriais e busca comparar as frequências observadas com as frequências esperadas em cada categoria, e o Teste exato de Fisher para comparar os diferentes grupos, o qual tem por finalidade determinar se duas proporções da população se diferem ou não entre si.

Nesse sentido, os resultados obtidos através dos testes evidenciaram que não há diferenças estatisticamente significativas em relação ao gênero entre os três grupos (experimental *versus* lista de espera *versus* grupo de comparação) [χ^2 (2, n=58) = 2,60, p=0,29], bem como também não foram demonstradas diferenças significativas quanto ao nível de escolaridade [χ^2 (4, n=58) = 6,88, p=0,17]. Quanto à realização de um trabalho (atividade remunerada), o teste revelou diferenças marginais [χ^2 (2, n=58) 5,40, p=0,08]. Além disso, não evidenciou diferença estatisticamente significativa quanto ao uso de medicação [χ^2 (2, n=58) =4,54, p=0,10] e também não foi demonstrada diferença com relação ao histórico familiar de transtornos psiquiátricos [χ^2 (2, n=58) =1,16, p=0,62]. Com relação à presença de comorbidades, evidenciou-se diferença estatisticamente significativa entre os três grupos [χ^2 (2, n=58) =25,15, p<0,01].

Ademais, tendo em vista que a variável “idade” não é categórica e segue distribuição normal nesse estudo, foi empregado o teste ANOVA, que compara médias de três ou mais grupos. Os resultados obtidos evidenciaram que não existem diferenças significativas quanto à variável idade entre os três grupos (experimental *versus* lista de espera *versus* grupo de comparação) [F(2,55) = 2,82, p=0,09].

Para a realização das análises quanto às variáveis psicológicas relacionadas à gravidade dos sintomas empregou-se novamente o teste de normalidade (teste de normalidade de Shapiro-Wilk e valores de simetria e curtose) sobre os dados do pré-teste das escalas SPIN, BAI, FNE, SADS, PHQ-9, SRQ-20 e BDI-II dos grupos experimental, lista de espera e grupo de comparação (sem nenhum indicativo de transtorno mental comum) para avaliação da adequação da distribuição. O teste evidenciou que os dados seguem distribuição normal, ou seja, todos os grupos apresentam valores de p> 0,05. Assim, foi possível o uso de análises paramétricas através da ANOVA *One Way* com teste de correção *Post Hoc* de Bonferroni.

Com relação à escala SPIN, a análise estatística evidenciou diferenças estatisticamente significantes entre os grupos [F(2,55) = 137,137; p = 0,00]. O teste *Post Hoc* de Bonferroni revelou que o grupo de comparação é estatisticamente menor do que ambos os grupos com TAS, tanto o grupo experimental quanto o grupo lista de espera (p = 0,00). Revelou ainda que não existe diferença estatisticamente significativa entre os

grupos com TAS, ou seja, o escore médio do grupo experimental não difere significativamente do escore médio do grupo lista de espera ($p=0,25$).

No que concerne a escala BAI, a análise estatística mostrou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos [$F(2,55) = 55,28$; $p < 0,00$], com isso o teste *Post Hoc* de Bonferroni identificou que o grupo de comparação (sem sintomas mentais comuns) é estatisticamente menor do que ambos os grupos com TAS ($p=0,00$) e que não existem diferenças entre os grupos de participantes com TAS ($p=0,17$). Com relação às escalas FNE e SADS os mesmos resultados foram encontrados, ou seja, o grupo de comparação se difere em ambas as escalas dos grupos com TAS (FNE [$F(2,55) = 43,09$; $p < 0,00$]; SADS [$F(2,55) = 62,38$; $p < 0,00$]) e os grupos com TAS (experimental e lista de espera) não se diferem entre si TAS (FNE [$F(2,55) = 43,09$; $p = 1,00$]; SADS [$F(2,55) = 62,38$; $p = 0,590$]).

Já quando se trata dos sintomas depressivos, tanto na escala PHQ-9 como na escala BDI-II, a ANOVA evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (PHQ-9 [$F(2,55) = 23,57$; $p = 0,00$]; BDI-II [$F(2,55) = 22,77$; $p = 0,00$]). O teste *Post Hoc* de Bonferroni mostrou que em ambas as escalas o grupo de comparação se diferenciou do grupo experimental e também do grupo lista de espera ($ps = 0,00$), ou seja, o grupo de comparação se diferenciou de ambos os grupos com TAS. Além disso, foi demonstrado que o grupo experimental não se difere do grupo lista de espera em ambos os instrumentos ($ps > 0,10$).

Finalmente, a análise estatística paramétrica da escala SRQ-20 evidenciou também a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos [$F(2,55) = 37,97$; $p = 0,00$]. O teste *Post Hoc* de Bonferroni mostrou que o grupo de comparação se diferenciou do grupo experimental e também do grupo lista de espera ($p=0,00$) e os grupos com TAS não se diferem entre si ($p=0,06$). A tabela 2 a seguir evidencia o escore médio de cada uma das escalas e de cada grupo (experimental, lista de espera e grupo de comparação) e o erro padrão da média, dos respectivos testes estatísticos utilizados.

Tabela 2. Resultado da ANOVA no pré-teste para as variáveis relacionadas à gravidade dos sintomas no grupo de comparação versus TCCG versus lista de espera

Variável	Comparações	Média	Desvio Padrão	Valor p	d de Cohen
SPIN	Lista de espera	42,5	8,62	<0.01*	4,74
	Grupo de comparação	8,53	5,22		
	Grupo de comparação	8,53	5,22	<0.01*	-5,19
	TCCG	46,47	8,92		
	Lista de espera	42,5	8,62	0,16	-
	TCCG	46,47	8,92		
BAI	Lista de espera	18,55	10,26	<0.01*	4,74
	Grupo de comparação	3,95	3,96		
	Grupo de comparação	3,95	3,96	<0.01*	-5,19
	TCCG	24,58	12,89		
	Lista de espera	18,55	10,26	0,17	-
	TCCG	24,58	12,89		
FNE	Lista de espera	25,55	5,07	<0.01*	2,22
	Grupo de comparação	12,63	6,53		
	Grupo de comparação	12,63	6,53	<0.01*	-2,67
	TCCG	26,89	3,78		
	Lista de espera	25,55	5,07	0,51	-
	TCCG	26,89	3,78		
SADS	Lista de espera	21,45	6,95	<0.01*	3,15
	Grupo de comparação	3,79	3,69		
	Grupo de comparação	3,79	3,69	<0.01*	-3,62
	TCCG	24	6,98		
	Lista de espera	21,45	6,95	0,25	-
	TCCG	24	6,98		
PHQ-9	Lista de espera	10,7	4,63	<0.01*	2,41
	Grupo de comparação	2,37	1,57		
	Grupo de comparação	2,37	1,57	<0.01*	-2,01
	TCCG	14,42	8,29		
	Lista de espera	10,7	4,63	0,51	-
	TCCG	14,42	8,29		
SRQ-20	Lista de espera	9,95	2,78	<0.01*	3,13
	Grupo de comparação	2,11	2,18		
	Grupo de comparação	2,11	2,18	<0.01*	-2,43
	TCCG	13,11	6,01		
	Lista de espera	9,95	2,78	0,18	-
	TCCG	13,11	6,01		
BDI-II	Lista de espera	17,25	8,21	<0.01*	2,22
	Grupo de comparação	3,63	2,77		
	Grupo de comparação	3,63	2,77	<0.01*	-0,37
	TCCG	20,89	11,53		
	Lista de espera	17,25	8,21	0,51	-
	TCCG	20,89	11,53		

Legenda: * ps < 0,05

Os resultados apontam que ambos os grupos com TAS se diferem do grupo de comparação, ou seja, dos participante sem indicativos de transtorno mental, contudo, os grupos com TAS não apresentam nenhuma diferença entre eles, ou seja, o grupo experimental é igual ao grupo lista de espera.

Além da comparação entre as médias, foi realizada a comparação relacionada a classificação da gravidade das escalas SPIN, BAI e BDI-II sobre os dados do pré-teste dos grupos experimentais e lista de espera. Essa análise foi realizada a fim de verificar se a classificação de gravidade dos sintomas apresentados foi diferente entre os grupos. Para realizar essa comparação foi realizado o teste Qui-Quadrado, tendo em vista que a variável é nominal.

Com relação a SPIN, ficou evidenciado que a maioria dos participantes do grupo experimental, ou seja, os participantes com TAS que realizaram a intervenção de TCCG, apresentaram gravidade grave (74%). Outros 11% apresentaram gravidade leve, 11% moderada e 5% muito grave. O mesmo ocorreu no grupo lista de espera, 50% dos participantes apresentavam gravidade grave, 15% leve, 25% moderado e 10% muito grave. O teste Qui-Quadrado não evidenciou diferença estatisticamente significativa [χ^2 (3, n=39) =2,46, p=0,48].

No que concerne a BAI, o teste descritivo mostrou que a maioria dos participantes do grupo experimental apresentou sintomas leves (37%). Outros 21% apresentaram gravidade mínima, 16% moderada e 29% grave. O grupo lista de espera apresentou 25% de participantes com sintomas mínimos, 40% com sintomas leves, 25% com sintomas moderados e 10% graves. O teste estatístico Qui-Quadrado evidenciou que não há diferença estatisticamente significativa [χ^2 (3, n=39) =1,93, p=0,58].

Finalmente, com relação aos sintomas depressivos, avaliados pela escala BDI-II, o teste descritivo mostrou que 26% dos participantes do grupo experimental apresentaram sintomas mínimos, 16% apresentam sintomas leves, 32% sintomas moderados e 26% sintomas graves. O grupo lista de espera apresentou 30% de participantes com sintomas mínimos, 25% com sintomas leves, 40% com sintomas moderados e 5% graves. Assim como os resultados anteriores, o teste estatístico Qui-Quadrado não evidenciou diferença estatisticamente significativa [χ^2 (3, n=39) =3,52, p=0,31].

No que tange às comorbidades, também foi realizado o teste de normalidade amostral, o qual evidenciou que os dados seguem distribuição normal, dessa forma, foi

realizado o teste Qui-Quadrado para verificar se houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

A partir do teste realizado observou-se diferença entre os grupos [$X^2(3) = 25,044$, $p < 0,05$], sendo que o grupo de comparação apresenta uma proporção estatisticamente menor de comorbidades do que os grupos de participantes diagnosticados com TAS. Além disso, não foram observadas diferenças significativas quando comparado os três grupos de participantes com TAS [$X^2(2) = 1,108$, $p > 0,05$]. Com relação a qual sintoma comórbido foi apresentado, empregou-se também o teste Qui-Quadrado e também não foi demonstrada nenhuma diferença entre os grupos com TAS [$X^2(3) = 1,556$, $p > 0,05$]. Abaixo será apresentada uma tabela com o tipo de comorbidade encontrada nos três grupos de participantes diagnosticados com TAS.

Tabela 3. Dados relativos a qual tipo de comorbidade está presente nos grupos com TAS: Grupo TCCG e Lista de Espera

	TCCG (N= 19)	Lista de espera (N = 20)
Comorbidade	Frequência (%)	Frequência (%)
Sintomas depressivos	37% (n=7)	25% (n=5)
Outros sintomas de ansiedade	11% (n=2)	15% (n=3)
Transtorno de Personalidade	0% (n=0)	5% (n=1)
Abuso de substâncias	0% (n=0)	5% (n=1)
Sintomas de depressão e ansiedade	15% (n=3)	25% (n=5)
Sem comorbidade	37% (n=7)	25% (n=5)

Fonte: Elaboração Própria

Como pode ser observado na Tabela 3, a comorbidade mais frequente são os sintomas depressivos em ambos os grupos, seguido por sintomas de ansiedade. Além disso, o grupo lista de espera também continha um paciente com transtorno de personalidade e um paciente que realizou abuso de substâncias (maconha).

6.3 INTERVENÇÃO EM TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM GRUPO

Como mencionado na seção “**Participantes**” para se aproximar do número de participantes previsto foi necessário realizar seis grupos de intervenção, cada um dos grupos iniciou com cinco participantes ($n = 30$) e devido a algumas desistências (conforme descrito na subseção “**4.4.5.2. Grupo 1 – TCCG**”), o grupo de TCCG finalizou a pesquisa com 19 participantes. Tendo em vista que esses 19 participantes estão subdivididos em seis subgrupos, serão apresentados, inicialmente, será realizada uma análise no interior dos subgrupos quanto aos instrumentos SPIN, BAI, FNE, SADS, PHQ-9, SRQ-20 e BDI-II. Após isso, para averiguar se cada um dos grupos (experimental, lista de espera e grupo de comparação) apresentaram ou não mudanças estatisticamente significativas relacionadas aos instrumentos mencionados, foi realizado um Test t de amostra em pares, o qual é indicado para avaliar Pré-teste e Pós-teste de um grupo único, ou seja, comparar o paciente com ele mesmo após a intervenção.

6.3.1 Análises estatísticas intragrupos

Inicialmente empregou-se uma análise estatística para verificar se todos esses subgrupos eram iguais durante o momento pré-teste. Para atingir essa finalidade, foi realizado um teste estatístico para afirmar que todos esses grupos poderiam compor o grupo maior de “participantes com TAS que receberam intervenção em TCCG”.

Dessa forma, para essa análise foi aplicado o teste ANOVA *One Way* com teste de correção *Post Hoc* de Bonferroni do instrumento SPIN, tanto na etapa pré-teste como na etapa pós-teste, que representou o principal critério de inclusão na amostra da pesquisa. O teste estatístico evidenciou que os grupos eram iguais (Pré-Teste: $[F(5,13) = 0,455; p = 0,80]$; Pós-Teste: $[F(5,13) = 1,645; p = 0,21]$, estabelecendo, assim, a compreensão de que estatisticamente os subgrupos podem ser considerados como um grupo único.

6.3.2 Análises estatísticas entre tempos do grupo experimental

Após a evidenciação de que todos os subgrupos poderiam ser unidos em um grupo único, foram empregadas análises estatísticas relacionadas à análise de possíveis mudanças decorrentes do processo psicoterápico de TCCG. Nesse sentido, serão

apresentados adiante os escores relacionados ao pré-teste e pós-teste dos seguintes instrumentos: SPIN, BAI, BDI-II, FNE, SADS, PHQ-9 e SRQ-20. Para atingir tal objetivo, utilizou-se um Test t de amostra em pares, o qual é indicado para avaliar Pré e Pós-teste de um grupo único, ou seja, comparar o paciente com ele mesmo após a intervenção.

Com relação a todas as escalas, ou seja, SPIN, BAI, FNE, SADS, PHQ-9, SRQ-20 e BDI-II, a análise estatística evidenciou diferenças estatisticamente significantes entre os momentos de testagem [$t_s < 10,313$; $p = 0,00$]. O teste *Post Hoc* de Bonferroni revelou que os dados relativos ao pré-teste são estatisticamente maiores do que os escores médios do pós-teste. A tabela 4 apresenta estes escores médios durante a avaliação do pré-teste e do pós-teste, tal qual o erro padrão da média e a elucidação das diferenças estatisticamente significativa. Não serão apresentados demais detalhes descritivos da amostra, uma vez que já foi descrita nos itens anteriores.

Tabela 4. Dados relativos à média e erro padrão da média das escalas utilizadas no estudo com relação ao momento de pré-teste e pós-teste, assim como a elucidação de quais grupos se diferem estatisticamente.

Participantes com TAS					
		Pré-Teste (N=19)	Pós-Teste (N=19)	Valor do P	d de Cohen
SPIN	Média	46,4	18,68	0,00*	3,10
	Desvio-Padrão	8,9	9,0		
BAI	Média	24,5	7,11	0,00*	1,76
	Desvio-Padrão	12,8	5,6		
FNE	Média	26,8	18,6	0,00*	1,34
	Desvio-Padrão	3,7	7,8		
SADS	Média	24	13,8	0,00*	1,25
	Desvio-Padrão	6,9	9,2		
PHQ-9	Média	14,4	4,1	0,00*	1,54
	Desvio-Padrão	8,2	4,6		
SRQ-20	Média	13,1	3,8	0,00*	1,83
	Desvio-Padrão	6	3,9		
BDI-II	Média	20,8	6	0,00*	1,64
	Desvio-Padrão	11,5	5,5		

Fonte: Elaboração Própria

Legenda:

* $p < 0,05$

6.3.3 Análises estatísticas entre o Grupo Lista de espera

Nesta seção serão evidenciados os escores relativos aos dados de pré e pós-teste dos instrumentos: SPIN, BAI, BDI-II, FNE, SADS, PHQ-9 e SRQ-20. Nesse sentido, empregou-se um Teste t de amostra em pares com vistas a comparar os resultados do participante consigo mesmos um intervalo de 6 meses, equivalente ao tempo de intervenção do grupo 1.

Fazendo menção a todas as escalas, quais sejam, SPIN, BAI, FNE, SADS, PHQ-9, SRQ-20 e BDI-II, a análise estatística não evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre os momentos de testagem em relação ao grupo lista de espera [$t_s < 2,109$; $p > 0,07$]. A tabela 5 apresenta estes escores médios durante a avaliação do pré-teste e do pós-teste, bem como o erro padrão da média e a elucidação das diferenças estatisticamente significativas do grupo lista de espera

Tabela 5. Dados relativos à média e erro padrão da média relativo as escalas utilizadas no estudo com relação ao momento de pré-teste e pós-teste, assim como a elucidação de quais grupos se diferem estatisticamente.

Participantes com TAS – Lista de espera				
		Pré-Teste (N=20)	Pós-Teste (N=20)	Valor de p
SPIN	Média	42,5	39,0	0,087
	Desvio-Padrão	8,6	12,4	
BAI	Média	18,5	15,7	0,368
	Desvio-Padrão	10,2	10,5	
FNE	Média	25,5	24,5	0,297
	Desvio-Padrão	5,0	7,1	
SADS	Média	21,4	19,4	0,191
	Desvio-Padrão	6,9	8,3	
PHQ-9	Média	10,7	11,20	0,735
	Desvio-Padrão	6,8	6,8	
SRQ-20	Média	9,9	9,0	0,355
	Desvio-Padrão	2,7	5,3	
BDI-II	Média	17,2	16,0	0,454
	Desvio-Padrão	8,2	10,3	

Fonte: Elaboração Própria

6.3.4 Análises estatísticas entre o Grupo de comparação

Assim como na seção anterior, nesse momento foi realizado uma comparação entre os escores de pré e pós-teste das variáveis SPIN, BAI, BDI-II, FNE, SADS, PHQ-9 e SRQ-20 com relação ao grupo de participantes sem indicativos de transtornos mentais comuns.

Fazendo menção a todas as escalas, quais sejam, SPIN, BAI, FNE, SADS, PHQ-9, SRQ-20 e BDI-II, a análise estatística não evidenciou diferenças estatisticamente significantes entre os momentos de testagem relacionados ao grupo de participantes saudáveis [$t_s < 0,987$; $p > 0,26$]. A tabela 6 adiante apresenta os mesmos dados referentes ao grupo de comparação.

Tabela 6. Dados relativos à média e erro padrão da média relativo as escalas utilizadas no estudo com relação ao momento de pré-teste e pós-teste, assim como a elucidação de quais grupos se diferem estatisticamente.

Grupo de comparação		Pré-Teste (N=19)	Pós-Teste (N=19)	Valor de p
SPIN	Média	8,7	9,1	0,741
	Desvio-Padrão	5,2	5,3	
BAI	Média	3,5	4,5	0,402
	Desvio-Padrão	3,6	4,2	
FNE	Média	13,0	11,7	0,337
	Desvio-Padrão	6,4	6,6	
SADS	Média	3,8	3,9	0,892
	Desvio-Padrão	3,7	3,6	
PHQ-9	Média	2,3	3,0	0,266
	Desvio-Padrão	1,6	2,6	
SRQ-20	Média	2,2	2,7	0,400
	Desvio-Padrão	2,1	2,1	
BDI-II	Média	3,6	4,0	0,458
	Desvio-Padrão	2,8	3,2	

Fonte: Elaboração Própria

6.4 DADOS RELATIVOS AO PÓS-TESTE

6.4.1 Análise Estatística das Variáveis Psicológicas Relacionadas à Gravidade dos Sintomas no Pós-Teste

Nesta etapa serão apresentadas as análises entre os grupos de participantes diagnosticados com TAS e o grupo de participantes sem sintomas de transtornos mentais comuns. Será efetuada uma comparação entre os grupos dos dados relativos ao pós-teste relacionados aos instrumentos: SPIN, BAI, BDI-II, FNE, SADS, PHQ-9 e SRQ-20. Para concretizar essa finalidade utilizou-se uma ANOVA *One Way* com teste de correção *Post Hoc* de Bonferroni para avaliação de possíveis diferenças entre grupos.

Relativamente à escala SPIN, a análise estatística evidenciou diferenças estatisticamente significantes entre os grupos [$F(2,54) = 49,553$; $p = 0,00$]. O teste *Post Hoc* de Bonferroni revelou que o grupo de TCCG apresentou diferença significativa quando comparado ao grupo lista de espera [$F(2,54) = 49,553$; $p = 0,00$; $d = -1,91$] sendo que essa diferença apresenta tamanho de efeito grande. O mesmo padrão ocorreu quando comparado ao grupo de comparação, com tamanho de efeito grande [$F(2,54) = 49,553$; $p = 0,00$; $d = 1,28$].

Quanto à BAI, a análise também apontou diferenças entre os grupos [$F(2,54) = 11,856$; $p = 0,00$]. O teste *Post Hoc* mostrou que o grupo TCCG apresenta diferença significativa quando comparado ao grupo lista de espera, com tamanho de efeito médio [$F(2,54) = 11,856$; $p = 0,002$; $d = 0,52$]. Já quando comparado ao grupo de comparação, o grupo TCCG não apresentou diferença estatisticamente significativa [$F(2,54) = 11,856$; $p = 0,88$].

As análises da FNE e do SADS evidenciaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos (FNE: [$F(2,54) = 14,808$; $p = 0,00$]; SADS [$F(2,54) = 20,129$; $p = 0,00$]). O teste *Post Hoc* apontou diferenças entre os grupos TCCG e lista de espera e também TCCG e o grupo de comparação (FNE: TCCG – Lista de espera: [$F(2,54) = 14,808$; $p = 0,043$; $d = -0,83$]; FNE: TCCG- Grupo de comparação: [$F(2,54) = 14,808$; $p = 0,016$; $d = 0,90$]; SADS: TCCG – Lista de espera [$F(2,54) = 20,129$; $p = 0,00$; $d = -0,71$]; SADS: TCCG – Grupo de comparação: [$F(2,54) = 20,129$; $p = 0,00$; $d = 1,33$]).

Com relação ao PHQ-9, a análise estatística mostrou diferenças entre os grupos [$F(2,54) = 14,851$; $p = 0,00$]. O teste *Post Hoc* mostrou que o grupo TCC apresenta diferença do grupo Lista de espera [$F(2,54) = 14,851$; $p = 0,00$; $d = -1,2$], entretanto, o grupo TCCG não é diferente do grupo de comparação [$F(2,54) = 14,851$; $p = 1,15$].

No que diz respeito ao SRQ-20, a análise estatística também apresentou diferenças entre os grupos [$F(2,54) = 11,855$; $p = 0,000$] e o teste *Post Hoc* apontou que o grupo de TCCG não se difere do grupo de comparação [$F(2,54) = 11,855$; $p = 1,00$] e se difere do grupo lista de espera [$F(2,54) = 11,855$; $p = 0,00$; $d = -1,09$] com tamanho de efeito grande.

Por fim, o último instrumento, o BDI-II, também evidenciou diferença entre os grupos [$F(2,54) = 15,710$; $p = 0,00$] e o teste *Post Hoc* mostrou que o grupo TCCG não se difere do grupo de comparação [$F(2,54) = 15,710$; $p = 1,00$] e se difere do grupo lista de espera [$F(2,54) = 15,710$; $p = 0,00$; $d = -1,21$].

A tabela abaixo demonstra o escore médio de cada uma das escalas e de cada grupo (experimental, lista de espera e grupo de comparação) e o erro padrão da média, dos respectivos testes estatísticos utilizados.

Tabela 7. Resultado da ANOVA no pós-teste para as variáveis relacionadas a gravidade dos sintomas no grupo de comparação versus TCCG versus lista de espera

Variável	Comparações	Média	Desvio Padrão	Valor p	d de Cohen
SPIN	Lista de espera	39,05	12,41	<0.01*	3,76
	Grupo de comparação	9,11	5,30		
	Grupo de comparação	9,11	5,30	<0.01*	1,28
	TCCG	18,68	9,09		
	Lista de espera	39,05	12,41	<0.01*	-1,91
	TCCG	18,68	9,09		
BAI	Lista de espera	15,7	10,58	<0.01*	1,38
	Grupo de comparação	4,5	4,29		
	Grupo de comparação	4,5	4,29	0.88	
	TCCG	7,11	5,67		
	Lista de espera	15,7	10,58	<0.01*	0,52
	TCCG	7,11	5,67		
FNE	Lista de espera	24,5	7,1	<0.01*	1,85
	Grupo de comparação	11,72	6,68		
	Grupo de comparação	11,72	6,68	<0.01*	0,90
	TCCG	18,28	7,89		
	Lista de espera	24,5	7,1	<0.01*	-0,83
	TCCG	18,28	7,89		
SADS	Lista de espera	19,4	8,31	<0.01*	2,40
	Grupo de comparação	3,94	3,67		
	Grupo de comparação	3,94	3,67	<0.01*	1,33
	TCCG	13,22	9,12		
	Lista de espera	13,22	9,12	<0.01*	-1,32
	TCCG	24	6,98		
PHQ-9	Lista de espera	11,20	6,81	<0.01*	1,56
	Grupo de comparação	3,00	2,61		
	Grupo de comparação	3,00	2,61	1,15	
	TCCG	4,16	4,64		
	Lista de espera	11,20	6,81	<0.01*	-1,2
	TCCG	4,16	4,64		
SRQ-20	Lista de espera	9,00	5,32	<0.01*	1,44
	Grupo de comparação	2,72	3,08		
	Grupo de comparação	2,72	3,08	1,00	
	TCCG	3,89	3,95		
	Lista de espera	9,00	5,32	0,00*	-1,09
	TCCG	3,89	3,95		
BDI-II	Lista de espera	16,05	10,32	<0.01*	1,56
	Grupo de comparação	4,06	3,3		
	Grupo de comparação	4,06	3,3	1.00	
	TCCG	6,00	5,52		
	Lista de espera	16,05	10,32	<0.01*	1,21
	TCCG	6,00	5,52		

Legenda: * ps < 0,05

6.5 PERFORMANCE DA MEMÓRIA

Serão apresentados primeiramente os dados relativos ao pré-teste do grupo experimental, lista de espera e grupo de comparação. Inicialmente, visando verificar a qualidade da memória dos participantes, independente dos grupos, foram levantados os índices gerais de memória verdadeira (MV), falsas memórias (FM) e respostas não mnemônicas (RNM). Os resultados indicaram que os participantes do grupo experimental obtiveram 79,4% de memórias verdadeiras, ou seja, média de 0,79 (DP=0,03), o grupo lista de espera obteve 78,4% (DP=0,03) e o grupo de comparação alcançou 77,9% (média = 0,77; DP = 0,03) de memórias verdadeiras. Com relação às falsas memórias evidenciaram que uma média de 57,4% (DP = 0,06) de distorção no grupo experimental, no grupo lista de espera a média de distorção foi de 65,3% (DP = 0,06) e finalmente no grupo de comparação foi de 64,7% (0,06). Com relação aos distratores não relacionados (viés), ou seja, a medida relativa ao viés, o grupo experimental obteve uma média de 12,5% dos itens enviesados (DP = 0,02), já o resultado do grupo lista de espera foi de 16,5% (DP = 0,02) e o do grupo de comparação de 10,5% (DP = 0,02). Os resultados concernentes à qualidade da memória são mensurados de forma que zero significa “Erro” e um significa “Acerto”, ou seja, o escore médio 1,00 significa 100% de acerto.

Com intuito de comparar os grupos portadores de TAS que passaram pela intervenção, com o grupo também diagnosticado com TAS, porém em lista de espera, com o grupo de comparação referente aos dados obtidos no pré-teste quanto à memória verdadeira (MV), à falsa memória (FM) e aos distratores não relacionados (viés), foi realizado um teste de normalidade que indicou que todas as variáveis seguem distribuição normal ($p > 0,05$). Com isso foi realizado uma ANOVA *One Way* com teste de correção *Post Hoc* de Bonferroni a qual evidenciou que os grupos não são diferentes entre si (Falsas memórias: $[F (2,55) = 0,518, p = 0,59]$; Memórias Verdadeiras $[F (2,55) = 1,160, p = 0,32]$; Distratores não-relacionados $[F (2,55) = 0,051, p = 0,95]$).

Além disso, realizou-se uma análise comparativa entre o pré-teste e o pós-teste dos grupos de participantes com TAS e do grupo de participantes saudáveis com relação às falsas memórias, às memórias verdadeiras e aos distratores não relacionados. Para alcançar esse objetivo efetuou-se uma análise estatística dos dados relativos ao pré-teste e ao pós-teste, a partir disso de um Teste t de amostra em pares, o qual é indicado para

avaliar os momentos pré e pós teste de um grupo único, ou seja, comparar o paciente com ele mesmo após a intervenção.

Com relação ao grupo experimental, isto é, aqueles participantes diagnosticados com TAS, que participaram da intervenção de TCCG, o teste indicou que não houve diferenças estatisticamente significativas na performance de memória (FM [$t = -0,706$; $p = 0,49$; Viés [$t = 0,121$; $p = 0,905$]; MV [$t = 1,439$; $p = 0,16$]). No que concerne ao grupo lista de espera também não foi evidenciada diferença estatisticamente significativa (FM [$t = 1,036$; $p = 0,31$; Viés [$t = -0,023$; $p = 0,98$]; MV [$t = 1,03$; $p = 0,31$]). Por fim, com relação ao grupo de participantes saudáveis também não foi evidenciada diferença estatisticamente significativa (FM [$t = 1,436$; $p = 0,16$; Viés [$t = -0,138$; $p = 0,89$]; MV [$t = 1,08$; $p = 0,06$]).

Finalmente, foram realizadas análises comparativas relativas ao pós-teste comparando os dados do grupo experimental, lista de espera e grupo de comparação com relação aos índices gerais de memória verdadeira (MV), falsas memórias (FM) e distratores não relacionados (viés). Para a concretização desse objetivo foi realizada uma ANOVA *One Way* com teste de correção *Post Hoc* de Bonferroni, a qual evidenciou que as diferenças entre os grupos também não foram estatisticamente significativas (Falsas memórias: [$F(2,55) = 0,316$, $p = 0,69$]; Memórias Verdadeiras [$F(2,55) = 0,822$, $p = 0,44$]; Distratores não relacionados [$F(2,55) = 1,303$, $p = 0,28$]). A tabela 7 apresenta estes escores médios durante a avaliação do pré-teste e do pós-teste, do mesmo modo que o erro padrão da média e a elucidação das diferenças estatisticamente significantes.

Tabela 8. Dados relativos à média e erro padrão da média da performance de memória com relação ao momento de pré-teste e pós-teste, assim como a elucidação de quais grupos se diferem estatisticamente

Participantes com TAS				
<u>Grupo experimental</u>		Pré-Teste (n=19)	Pós-Teste (n=19)	Valor de p
Memória Verdadeiras	Média	0,79	0,71	0,16
	Desvio-Padrão	0,03	0,04	
Falsas Memória	Média	0,57	0,62	0,49
	Desvio-Padrão	0,06	0,04	
Distrator não-relacionado	Média	0,12	0,13	0,90
	Desvio-Padrão	0,02	0,02	
<u>Grupo Lista de Espera</u>		Pré-Teste (n=20)	Pós-Teste (n=20)	Valor de p
Memória Verdadeira	Média	0,78	0,73	0,31
	Desvio-Padrão	0,03	0,04	
Falsa Memória	Média	0,65	0,57	0,31
	Desvio-Padrão	0,06	0,06	
Distrator não-relacionado	Média	0,16	0,16	0,98
	Desvio-Padrão	0,02	0,02	
<u>Grupo de comparação</u>		Pré-Teste (n=19)	Pós-Teste (n=19)	Valor de p
Memória Verdadeira	Média	0,77	0,66	0,09
	Desvio-Padrão	0,03	0,04	
Falsa Memória	Média	0,64	0,54	0,16
	Desvio-Padrão	0,06	0,06	
Distrator não-relacionado	Média	0,10	0,10	0,89
	Desvio-Padrão	0,02	0,02	

Fonte: Elaboração Própria

Legenda: *p<0,05

Em suma, os resultados do presente estudo apontam para algumas conclusões gerais a seguir apresentadas:

Caracterização da amostra:

(1): Os grupos de participantes com TAS (TCCG – grupo um e Lista de espera – grupo dois) são estatisticamente equivalentes considerando as medidas de inclusão na pesquisa, ou seja, idade, sexo e SPIN (medida realizada no pré-teste).

(2) No pré-teste os grupos com TAS que realizaram intervenção eram estatisticamente iguais ao grupo lista de espera com relação a todas as variáveis da pesquisa - variáveis socioculturais e variáveis relacionadas à gravidade dos sintomas (SPIN, BAI, BDI-II, FNE, SADS, PHQ-9 e SRQ-20).

(3) No pré-teste os grupos com TAS eram diferentes do grupo de participantes saudáveis com relação às variáveis relacionadas a comorbidades e SPIN, BAI, BDI-II, FNE, SADS, PHQ-9 e SRQ-20.

(4) A gravidade da SPIN, BAI e BDI-II e a presença de comorbidades eram estatisticamente semelhantes entre os grupos diagnosticados com TAS.

Efetividade da Intervenção:

(1) No pós-teste, ou seja, após a intervenção em grupo, o grupo que foi submetido à intervenção (grupo um) foi diferente estatisticamente do grupo lista de espera nas variáveis SPIN, BAI, FNE, SADS, PHQ-9, SRQ-20 e BDI-II. Ademais, os resultados evidenciam melhoras nos sintomas de TAS, ansiedade e depressão no grupo submetido à intervenção.

(2) No pós-teste, o grupo que foi submetido à intervenção (grupo um) diferiu estatisticamente do grupo de comparação nas variáveis SPIN, FNE e SADS.

(3) No pós-teste, após a intervenção em grupo, o grupo que foi submetido à intervenção (grupo um) não se diferiu do grupo de participantes sem transtornos mentais comuns com relação as variáveis BAI, PHQ-9, SRQ-20 e BDI-II. Ou seja, com relação às variáveis citadas, o grupo um evidenciou escores semelhantes àqueles do grupo de comparação.

Performance de memória

(1) Com relação às medidas de performance de memória realizadas no pré-teste e no pós-teste, não foram evidenciadas diferenças significativas entre os grupos (tanto referente a memórias verdadeiras, falsas memórias e respostas não mnemônicas).

7. DISCUSSÃO

Este trabalho teve como objetivo geral investigar o efeito de uma intervenção em grupo com foco em exposição com alto custo social em pacientes com TAS sobre variáveis psicológicas, tais como ansiedade social, ansiedade geral, medo da avaliação negativa, esquiva e desconforto social, depressão, sintomas de transtornos psiquiátricos e também a qualidade de memória. A intervenção utilizada nesse estudo foi no formato em grupo, baseada na proposta por Hofmann e Otto (2008). No Brasil essa proposta de intervenção ainda é nova e não foi encontrado nenhum estudo que tenha realizado essa forma de intervenção.

Além disso, esta pesquisa visou comparar os resultados obtidos do grupo submetido à intervenção com dois outros grupos: um grupo lista de espera, constituído de participantes com TAS que somente receberam intervenção após a finalização da pesquisa e um grupo de participantes saudáveis, ou seja, sem indicativos de transtornos psiquiátricos comuns.

Tais objetivos foram propostos tendo em vista que diversos estudos vêm mostrando que a TCCG é uma das formas de psicoterapia mais estudadas para TAS e que apresenta resultados superiores à psicoterapia individual, assim como em relação ao tratamento de farmacológicos como ISRS, e por estes motivos é considerada padrão ouro de intervenção para TAS. Ademais, a intervenção proposta por Hofmann e Otto (2008) vem apresentando resultados robustos e duradouros.

Com relação às falsas memórias, a literatura evidencia que diversos fatores tais como o nível de desajustamento e instabilidade emocional (Ávila & Stein, 2006) podem acarretar erros mnemônicos, com isso, partindo do pressuposto que o nível de desajustamento e instabilidade emocional interferem negativamente na acurácia da memória, provocando maior número de falsas memórias, criou-se a hipótese de que os ansiosos sociais apresentariam um aumento de falsas memórias e/ou uma redução de memórias verdadeiras já que apresentam, usualmente, um nível de desajustamento e instabilidade emocional mais pronunciado em comparação à população geral. Neste sentido, esta seção tem por finalidade discutir os resultados obtidos nesta pesquisa em contraposição ao que a literatura da área discorre a respeito.

7.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes na população (Andrade & Gorenstein, 1998). O Transtorno de Ansiedade Social é um transtorno caracterizado por ansiedade muito intensa e gera prejuízos em todos os âmbitos da vida do portador. Sabe-se que a ansiedade está altamente associada a um viés atencional, principalmente para estímulos que são entendidos como perigosos ou ameaçadores (Byrne & Eysenck, 1995; Papageorgiou & Wells, 1999). Segundo Beck e Clark (1997) as desordens como ansiedade, resultariam em distorções no processamento de informações, conduzindo a uma sensibilidade perceptiva e a um enviesamento da memória. Complementarmente, Graeff (2007) pontua que a ansiedade antecipatória presente também na ansiedade social ativa o eixo simpático-adrenal, e, em função dessa ativação, a recuperação da memória pode ser prejudicada com relação às informações que eliciam emoção. Em comparação a estas informações, verificou-se, neste trabalho, que os resultados apontaram que os participantes diagnosticados com TAS são diferentes do grupo de participantes saudáveis com relação ao vínculo formal de trabalho e a presença de sintomas comórbidos, contudo os resultados obtidos neste trabalho não evidenciaram diferenças relativas à escolaridade. Essas diferenças e semelhanças serão mais discutidas no decorrer da seção. Além disso, com relação às variáveis psicológicas, os grupos de ansiosos sociais foram diferentes do grupo de participantes saudáveis em todas as variáveis mensuradas, quais sejam, ansiedade social, ansiedade, sintomas depressivos, e sintomas indicativos de transtornos mentais comuns, sugerindo que a entrevista diagnóstica realizada foi eficaz e, que, portanto, a seleção de indivíduos para análise foi adequada. Neste sentido, mostra-se pertinente discutir o que a literatura aponta em termos de características gerais dessa população em contraste com os achados desta pesquisa.

Com relação à diferença de gêneros, mulheres são mais propensas do que homens a apresentarem sintomas ansiosos ao longo da vida, com taxas de 30,5% para mulheres e 19,2% para homens (McLean, Asnaani, Litz, & Hofmann, 2011). Uma outra pesquisa indicou que mulheres têm probabilidade cerca de 1,5 vezes maior do que os homens de apresentarem sintomas de TAS, com índices de prevalência ao longo da vida de 15,5% e 11,1% entre esses gêneros respectivamente (Kinrys & Wygant, 2005). Já o DSM – 5 evidencia que a diferença entre gêneros é mais marcante em adolescentes e jovens adultos, por outro lado, quando se consideram amostras clínicas é possível constatar uma maior prevalência de homens (American Psychiatric Association, 2014).

Tais resultados são similares aos encontrados nesse estudo, tendo em vista que 58,9% dos participantes são mulheres (grupo experimental: 53% eram mulheres e 47% eram homens / Lista de espera: 70% eram mulheres e 30% homens). Com relação ao grupo de comparação, o mesmo foi composto por 68% de mulheres e 32% de homens.

Outra característica dos ansiosos sociais é a presença de comorbidades. Estudos evidenciam que em média 80% dos pacientes com TAS apresentarão em algum momento alguma comorbidade. Dentre as mais frequentes estão depressão, outros transtornos de ansiedade e uso e/ou abuso de drogas (Acarturk, de Graaf, van Straten, Have, & Cuijpers, 2008). No presente trabalho as comorbidades mais encontradas nos participantes com TAS foram as mesmas citadas acima, 31% apresentavam sintomas depressivos, 15% apresentavam sintomas de outros transtornos de ansiedade e, por fim, 3% apresentava uso de substâncias, totalizando 69% dos participantes. Um outro estudo evidenciou a ocorrência de comorbidades em 71,6% dos participantes com TAS (Filho et al., 2010).

Na composição dos grupos para análise, a partir de testes estatísticos apropriados, foi possível constatar a legitimidade do processo de randomização dos grupos de participantes, por meio do procedimento de sorteio os participantes de TAS foram alocados de modo aleatório quanto ao sexo e idade para os grupos de análise, de maneira que, em termos estatísticos, os grupos se mantiveram equivalentes. A comparação das características sociodemográficas dos grupos com TAS e do grupo de comparação não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas quanto a idade e sexo, mostrando a homogeneidade entre os três grupos, o que corroborou a possibilidade de serem comparados.

Com relação ao nível educacional e com a realização de um trabalho formal, não foi obtida nenhuma diferença significativa, contudo, a análise estatística evidenciou diferenças marginais quando da realização de um trabalho (atividade remunerada). Esse dado vai parcialmente ao encontro com a literatura a qual indica que o TAS compromete o desempenho escolar, as habilidades interpessoais, limitando futuramente as habilidades profissionais, sendo considerado então, uma enfermidade incapacitante (Culpepper, 2006). A Ansiedade Social vem sendo considerada um problema de saúde pública em função de suas consequências incapacitantes no desempenho pessoal e profissional e nas interações sociais, 75% dos adolescentes com diagnóstico de TAS revelam possuir poucos amigos ou nenhum, 50% não gostam de frequentar a escola e 10% recusam-se frequentar a escola regularmente em função de se prejuízo social (Sousa, 2009).

Segundo Stein e Kean (2000), os indivíduos socialmente ansiosos são mais propensos a abandonar o ensino médio do que os indivíduos sem TAS, apresentando elevadas taxas de desemprego, mais horas perdidas de trabalho e desempenho de trabalho reduzido em relação aos indivíduos sem TAS (Wittchen, Fuetsch, Sonntag, Müller, & Liebowitz, 2000), porém esse resultado não foi encontrado neste trabalho. Não foram evidenciadas quaisquer diferenças significativas relacionadas à escolaridade entre os participantes com TAS e os participantes saudáveis. Já Dryman, Gardner, Weeks e Heimberg (2016) argumentam que aspectos centrais da ansiedade social, tais como o medo de avaliação negativa, podem não ser equivalentes necessariamente a um prejuízo nas relações sociais, ocupacionais e financeiras, bem como atividades educativas e criativas, com isso, pode-se supor que os ansiosos sociais podem não apresentar prejuízos significativos nessas esferas, assim como o encontrado no referido artigo.

Com relação ao uso de medicação, sabe-se que a busca por tratamento para TAS ainda é muito baixa, tanto em relação a busca por tratamentos medicamentosos quanto pelos tratamentos psicoterápicos (Santos et al., 2011), adicionalmente, apenas cerca de 4% a 5,6% dos pacientes que buscam atendimento são diagnosticados corretamente. Estima-se que 80% dos indivíduos que preenchamos critérios diagnósticos de TAS não receberão tratamento ao longo da vida por dois motivos determinantes, o primeiro refere-se à falta de busca por tratamento e a segunda faz menção à quantidade excessiva de erros de diagnóstico. Adicionalmente, aqueles que iniciam o tratamento para TAS, normalmente iniciam tão somente após 10 anos do início dos sintomas (Jazaieri et al., 2015).

Os indivíduos com TAS deixam de buscar ajuda médica e/ou psicológica, por avaliarem de forma negativa sua condição (Raj & Sheehan, 2001), ademais, mesmo quando os portadores de TAS procuram tratamento, meramente 15% realmente o iniciam (Heeren et al., 2015). Corroborando essas evidências da literatura, por meio dos resultados deste trabalho, foi possível constatar que poucos participantes diagnosticados com TAS realizam tratamento medicamentoso (15%, somente seis participantes) e somente esses mesmos participantes já haviam sido diagnosticados com TAS anteriormente. As principais razões apontadas pela literatura para o subdiagnóstico do TAS referem-se: ao mascaramento dos sintomas em função das comorbidades, à falha dos médicos em reconhecer o TAS, a vergonha dos próprios pacientes em comentar sobre suas dificuldades e em função de seu conhecimento compreender que o desconforto intenso que estão vivenciando se dá por decorrência de um transtorno psiquiátrico que

pode ser tratado por meio de terapia efetiva na maioria dos casos (Chagas et al., 2010; Dams et al., 2017).

7.2 DADOS RELACIONADOS ÀS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS

A avaliação adequada para o TAS deve incluir diversos aspectos, dentre os quais, uma entrevista clínica, uma avaliação dos prejuízos nas esferas da vida do paciente e a utilização conjunta de escalas de indicativos de sintomas. Nesse sentido, o inventário de Fobia Social (SPIN) é um dos mais utilizados na literatura e é o mesmo que foi utilizado nesse estudo como indicativo de presença de TAS, assim como indicativo de mudança relacionada aos sintomas de TAS após a intervenção. Essa escala avalia a presença de sintomas sugestivos de TAS, bem como a gravidade de suas preocupações em ser criticado ou se sentir envergonhado frente a terceiros e também o medo e a evitação de situações sociais e a angústia relacionada a sintomas físicos (Campbell-Sills, Espejo, Ayers, Roy-Byrne, & Stein, 2015).

Os resultados deste estudo evidenciaram a média de 44,5 pontos na SPIN com relação aos participantes com TAS, indicando sintomas graves de ansiedade social e 8,5 pontos relacionados aos participantes saudáveis, indicando nenhum sintoma de transtorno de ansiedade social (Connor et al., 2000). Em comparação, estudos atuais que visaram comparar grupos clínicos de TAS evidenciaram escores médios por volta entre 37,1 a 47,0 pontos na SPIN (Asnaani, Rinck, Becker, & Hofmann, 2014; D'El Rey, Lacava, Cejkinski, & Mello, 2008; Huang et al., 2013; Kocovski, Fleming, Hawley, Huta, & Antony, 2013; Lazarov, Pine, & Bar-Haim, 2017).

Dentre os instrumentos de medidas secundárias, o BAI foi utilizado para avaliar ansiedade geral. Nesse estudo, foi evidenciado um escore médio de 21,6 pontos nos grupos de participantes com TAS, indicativo de sintomas ansiosos moderados. Estudos que utilizaram o mesmo instrumento com população de ansiosos sociais evidenciaram escores médios entre 17,3 a 19,8 (Cuijpers; Gentili; Banos; Garcia-Campayof; Botella & Cristea, 2016; Dagöo et al., 2014; Hedman et al., 2014). O resultado nesse estudo foi moderadamente acima da média encontrada na literatura, um estudo com população brasileira de ansiosos sociais encontrou um escore médio de 34,5 (D'el Rey, Lacava, Cejkinski & Mello, 2008). Outro estudo com objetivo de caracterizar uma população de estudantes universitários brasileiros de áreas relacionadas à saúde evidenciou que 16% da população estudada apresentam escores médios de ansiedade medidos pela BAI e 11%

apresentam escores graves. Com isso, uma das hipóteses é a que a população brasileira pode apresentar alguma particularidade com relação a autorrelato de sintomas ansiosos, o que pode contribuir em diferenças nas mensurações obtidas por esse instrumento, evidenciadas na literatura.

Já com relação a FNE, o escore médio encontrado foi de 26,2 com relação aos participantes com TAS. A literatura evidencia que a FNE tem como objetivo mensurar a angústia em receber feedbacks ou mesmo com a preocupação com a rejeição social. Estudos mostram um escore médio entre 23,6 a 25,6 pontos em ansiosos sociais (Bouchard et al., 2016; D'El Rey et al., 2007; Nordahl, Vogel, Morken, Stiles, Sandvik & Wells, 2016). Segundo Drymana et al, (2015), indivíduos com altos níveis de FNE experimentam medo e apreensão de serem julgados desfavoravelmente por outros, e em níveis exagerados a angústia sentida contribui para uma maior sensibilidade a sinais potenciais de ameaça social, mantendo a apreensão social dos indivíduos.

Já para a escala SADS estudos indicaram escores entre 11,7 a 20,2 para ansiosos sociais (García-López, Olivares, Hidalgo, Beidel & Turner, 2001; Kircanski, Joormann & Goltib, 2015). Em contraposição, o resultado encontrado na população do presente estudo é levemente acima do encontrado na literatura (média = 22,7).

Com relação aos sintomas depressivos, foram utilizadas duas escalas, PHQ-9 e BDI-II. No que diz respeito à escala do PHQ-9, o escore médio evidenciado pelos ansiosos sociais foi de 12,6, o qual indica a presença de sintomas depressivos. A literatura evidenciou pacientes com TAS que apresentaram escores médio de 20,0 pontos no PHQ-9 (Titov, Andrews, Johnston, Robinson & Spence, 2010), já outro estudo evidenciou escore médio de 10,5 (Lazarov, Abend & Bar-Haim, 2016), o qual se aproxima do escore encontrado na população do estudo em questão. Já com relação ao BDI-II, a literatura indica que os ansiosos sociais apresentam escore médio de 10 pontos (Kreifelts, Brück, Ethofer, Ritter, Weigel, Erb & Wildgruber, 2017; Morrison et al., 2016), já outro estudo apresentou escore médio de 15,2 para o grupo experimental e 12,5 para o grupo lista de espera (Buhlmann, Wacker & Dziobek, 2015; Smits et al., 2016). O escore médio encontrado nesse estudo foi de 19,1, evidenciando sintomas leves relacionados à depressão.

Por fim, o último instrumento utilizado foi o SRQ-20, que tem por objetivo detectar sintomas psiquiátricos de possíveis transtornos mentais comuns, com manifestações físicas e mentais. O resultado médio encontrado na população com TAS

nesse estudo foi de 11,5, indo ao encontro do mencionado na literatura de transtornos ansiosos (Caumo et al., 2001).

A partir disso, pode-se concluir que a população estudada apresenta escore médio de ansiedade social, ansiedade e depressão próximos às populações estudadas em outros artigos, tais como os citados acima, evidenciando que a forma de triagem e diagnóstico dos pacientes foi efetiva.

A característica definidora do TAS é o medo da avaliação que terceiros farão, com isso, o TAS está diretamente ligado a padrões sociais e expectativas sociais, as quais dependem da cultura a qual está inserida. A Pesquisa Nacional de Comorbidade e da Replicação Nacional de Comorbidade (NCS-R) encontrou taxas de prevalência de 12 meses de TAS em adultos americanos de 7,1 a 7,9%, tais dados foram semelhantes aos encontrados no Brasil (9,1%) (Hofmann, Asnaani & Hinto, 2010). Segundo Dipl-Psych, Heinrichs, Alden, Rapee, Hofmann, Chen, Ja Oh & Bögels (2010), é esperado dentro da cultura latino-americana que as pessoas sejam simpáticas, divertidas, descontraindo, educadas e respeitadas, desse modo, é estimulado evitar conflitos e abster-se de criticar outras pessoas, nesse sentido, tais características intrínsecas à população acabam contribuindo para um elevado nível de apreensão social, no qual os indivíduos sociais acreditam que não conseguirão atingir o nível de habilidade social requerido pelo ambiente.

7.3 EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO

Com relação à efetividade da intervenção, os dados obtidos indicaram que o tratamento foi eficaz em reduzir significativamente os sintomas de ansiedade social, avaliados pela SPIN, medida utilizada como critério de inclusão do estudo e como medida primária de eficácia nesse estudo. Houve uma redução significativa nos sintomas de ansiedade social nos grupos que realizaram a intervenção em grupo e essa redução foi associada com tamanho de efeito grande. Além disso, não foram evidenciadas mudanças nessa mesma escala no grupo de espera e também no grupo de comparação, sustentando a hipótese que a mudança obtida diz sobre a intervenção realizada e não sobre alguma outra variável confundidora, tais como o tempo.

Tais resultados são confirmados pela literatura a respeito da eficácia da TCCG no tratamento de TAS. Na realidade, a terapia cognitivo-comportamental em grupo

(TCCG) para TAS mostrou ser eficaz em vários ensaios clínicos randomizados nos últimos 20 anos (Blanco, et al., 2010; Hedman, et al., 2011; Heimberg, 2002; Jorstad-Stein & Heimberg, 2009; Ponniah & Hollon, 2008), sendo então considerada uma abordagem padrão ouro no tratamento de TAS (Hedman, et al., 2011). Embora em função de características específicas do TAS, a intervenção em grupo parece conflituosa, tendo em vista que ambientes de grupo são evitados ou mesmo suportados com intenso sofrimento pelos ansiosos sociais, fatores terapêuticos grupais são importantes ferramentas no tratamento do TAS. Além disso, o contexto grupal propicia exposições em situações sociais e grupais e a possibilidade de avaliar um espectro mais amplo de comportamentos interpessoais (Barkowski, Schwartze, Strauss, Burlingame, Barth & Rosendahl, 2016). Adicionalmente, ansiosos sociais se beneficiam do senso de pertencimento a um grupo com características parecidas com as sentidas pelo paciente e também do apoio mútuo do grupo (Tefikow, Bormann & Strauss, 2012).

Um estudo de meta-análise a respeito de eficácia de intervenção em TCCG para TAS evidenciou que o tamanho de efeito médio observado varia entre 0,64 (Wersebe, Sijbrandij, & Cuijpers, 2013) a 0,92 (Mayo-Wilson et al., 2014). No presente estudo, visualizou-se tamanho de efeito maior do que os apresentados na literatura para os sintomas de ansiedade social, contudo, segundo Cuijpers, Straten, Bohlmeijer, Hollon e Andersson (2010), a maioria dos achados relacionados à comparação de tamanhos de efeitos de diferentes intervenções devem ser avaliados com cautela, tendo em vista que a metodologia utilizada tem grande impacto sobre o tamanho de efeito e pode contribuir para a super ou subestimação destes. Ademais, estudos com rigidez metodológica, tais como estudos com grupos sem nenhuma comorbidade, apresentam tamanhos de efeitos menores (Barkowski et al., 2016).

No tratamento do TAS tanto os aspectos cognitivos quanto os aspectos relacionados à exposição são de suma importância. O protocolo baseado em Hofmann e Otto (2008) incluiu uma série de fatores tais como crença relacionada ao alto custo social, alocação disfuncional da atenção, exposição e reestruturação cognitiva. Segundo Hofmann (2004), uma das particularidades dos ansiosos sociais é a crença de alto custo social, a qual é considerada uma variável importante para manutenção da psicopatologia e um importante mediador da mudança durante o tratamento. Com relação à alocação da atenção, indivíduos com TAS dirigem sua atenção inicialmente para os estímulos ameaçadores, seguidos por um período onde a atenção é voltada para longe dos estímulos ameaçadores (evitação), com isso incluir ferramentas de atenção no processo terapêutico

é importante para a mudança terapêutica (Lin, Hofmann, Qian, Kind & Yu, 2015). Os resultados desta pesquisa evidenciam que a intervenção foi eficaz em reduzir sintomas de ansiedade social, sendo tal redução associada a um tamanho de efeito grande. Tal resultado é próximo ao encontrado no estudo realizado por Hofmann et al. (2013).

As exposições de alto custo social ou mesmo exposições de percalços sociais, conforme proposto por Hofmann e Otto (2008) e utilizadas nesse estudo, tem como objetivo fazer com que o paciente experimente os resultados temidos por ele mesmo, os quais os pacientes normalmente tentam evitar para não parecerem incompetentes, loucos ou mesmo antipáticos. Essa forma de exposição leva o paciente a confrontar os seus medos de forma deliberada, isto é, violando normas sociais percebidas pelo mesmo, com isso, é percebido que as catástrofes sociais são possíveis de serem superadas mesmo com níveis altos de ansiedade, que não levam a prejuízos sociais duradouros e irreversíveis (Fang, et al., 2013).

Estudos que incluem exposição a percalços sociais relataram tamanhos de efeitos maiores do que intervenções tracionais, por exemplo, Clark et al., (2003) relataram tamanho de efeito variando entre 1,41 e 1,43 e Hofmann e Scepkowski (2006) relataram tamanho de efeito de 1,54, os quais são considerados efeitos grandes, assim como o tamanho de efeito encontrado nesse estudo, corroborando com os estudos encontrados. Tendo em vista que um dos aspectos centrais do protocolo utilizado são as exposições e a reestruturação cognitiva, acredita-se que as mesmas tenham tido um papel importante na eficácia da intervenção. A exposição fornece a possibilidade da habituação natural da excitação fisiológica desagradável. Ansiosos sociais evitam durante muito tempo situações que os deixam ansiosos, diminuindo assim as oportunidades de experimentar algum nível de habituação fisiológica, fazendo com que ocorra a manutenção da ansiedade. Além disso, cognitivamente, a exposição proporciona uma oportunidade de testar feedbacks relacionados às situações fóbicas, testando pensamentos e crenças relacionados as mesmas, facilitando a reestruturação de crenças desadaptativas e possibilitando a reestruturação cognitiva. Esta tem como objetivo desenvolver a habilidade de reavaliar o nível de ameaça presente nas situações temidas, bem como reavaliar os pensamentos eliciados (Bruce & Heimberg, 2013). Complementarmente, a exposição se mostra ainda mais efetiva quando os pacientes são instruídos a evitar os comportamentos de segurança e concentrar sua atenção totalmente na experiência (Wells, Clark, Salkovskis & Ludgate, 1995). Com a combinação de reestruturação cognitiva e exposição é possível testar os pensamentos e crenças negativas e considerar as

interpretações mais realistas, nesse sentido, a exposição favorece a evidência do verdadeiro custo dos medos e anseios dos ansiosos sociais.

Mesmo com os ótimos resultados encontrados, os ansiosos sociais que receberam intervenção ainda se mantiveram estatisticamente diferentes dos participantes saudáveis. Uma das possíveis explicações relaciona-se ao fato de que mesmo respondendo bem ao tratamento, os ansiosos sociais tendem a continuar a sentir alguns poucos sintomas mesmo com o fim do tratamento, ou seja, mesmo não preenchendo mais os critérios para TAS, alguns sintomas pontuais se mantêm (Mayo-Wilson, et al., 2014; , , & , 2013).

Com relação ao FNE e a SADS, escalas secundárias, mas que também avaliam ansiedade social, foi observada diferença estatisticamente significativa após a intervenção no grupo submetido ao TCCG, em ambas as escalas o tamanho de efeito foi grande. Indo ao encontro desses resultados Bouchard et al. (2016) também evidenciaram redução na FNE após uma intervenção em grupos com foco em exposição, assim como Nordahl et al. (2016) observou uma redução a partir de uma intervenção de TCC com tamanho de efeito grande, o mesmo encontrado nesse estudo. Segundo D'El Rey, Lacava, Cejkinski e Mello (2007), a melhora na escala FNE evidencia que os pacientes superaram adaptativamente o medo da possibilidade de serem julgados por terceiros, fator que é preditor da manutenção da melhora alcançada durante o processo psicoterápico a longo prazo. Além disso, não foi evidenciado redução dos sintomas ou mesmo mudança entre o pré-teste e o pós-teste do grupo lista de espera, assim como no grupo de participantes saudáveis, indicando que a alteração encontrada no grupo submetido a intervenção é em decorrência da mesma e não de fatores externos. Segundo Goldin, et al. (2016), o aumento na autoeficácia de reavaliação de pensamento medeia o resultado da intervenção para TAS. As intervenções de TCC oferecem formas desafiadoras, porém mais seguras para enfrentar seus medos, tais como as exposições em sessão ou no contexto do paciente. Dessa forma, a mudança na metacognição contribui significativamente na redução dos sintomas ansiosos.

Ainda no que concerne a intervenção, os resultados sugerem que a mesma foi eficaz não só no tratamento de sintomas de ansiedade social, mas também em reduzir sintomas depressivos, de ansiedade geral e sofrimento psíquico, avaliados no estudo através do BAI, PHQ-9, SRQ e BDI-II. O que vai a favor do evidenciado pela literatura que aponta que intervenções em TCCG são capazes de trazer alívio dos sintomas, assim

como reestruturação cognitiva, promovendo o bem-estar e a vivência de forma adaptativa (Beck, 2007; Heimberg, et al., 2010).

Com relação a BAI, escala utilizada para mensurar níveis de ansiedade, é esperado que ansiosos sociais apresentem escores maiores comparados a participantes saudáveis, indicando níveis mais altos de gravidade dos sintomas e limitações na vida cotidiana (Filho, et al., 2009), corroborando com os resultados encontrados nesse estudo. Uma pesquisa relacionando eficácia do tratamento com paciente ansiosos sociais e comorbidades com transtornos de humor ou outros transtornos de ansiedade demonstrou que aqueles pacientes com transtornos de ansiedade comórbidos se saíram tão bem como os pacientes sem comorbidades (Erwin, Heimberg, Juster & Mindlin, 2002), alcançando redução significativa dos escores de ansiedade, assim como no presente estudo, no qual o grupo submetido ao TCCG apresentou redução de 17,3 pontos, iniciando com um escore de 24,5 pontos na BAI e finalizando com 7,11, sendo essa diferença estatisticamente significativa. Em contraposição, o mesmo movimento não foi observado no grupo lista de espera e também no grupo de participantes saudáveis (Lista de espera - Pre-teste: 18,5 ; Pós-teste: 15,7 / Saudáveis - Pre-teste: 3,5 ; Pós-teste: 4,5).

Indo ao encontro dos resultados encontrados no pré-teste dos grupos com TAS, uma pesquisa com objetivo de verificar se o BAI poderia ser um instrumento útil e sensível para pacientes brasileiros com TAS demonstrou que o instrumento não é muito específico para rastreio de TAS, contudo, acima da pontuação de 10 pontos, pode ser considerado um indicativo de tal condição (Osório, Crippa & Loureiro, 2011). Outro estudo que comparou dois processos psicoterápicos específicos para TAS, sendo um deles TCCG e o outro uma forma de psicoterapia individual, evidenciou que ambas as formas de tratamento demonstraram eficácia na redução dos sintomas relacionados a ansiedade social e também nos sintomas de ansiedade geral (Bjornsson et al., 2011; Filion-Rosset, 2004).

Diferentemente do resultado encontrado nesta pesquisa, um estudo com um método chamado de micro-intervenção o qual consistiu em instruções a respeito da ansiedade social e instruções de preenchimento de registros de pensamentos, no qual durante semanas os pacientes preenchiam os seus diários de pensamento e, após isso, tinham uma sessão com o terapeuta para avaliação e orientação sobre os pensamentos anotados. Ademais, durante a semana, os participantes recebiam diariamente mensagens de texto com lembretes para reavaliar / monitorar sua ansiedade social e todas as noites recebiam uma mensagem com um link para realizar o registro dos pensamentos. Como

resultado, verificou-se que a intervenção reduziu os sintomas de ansiedade social, contudo não reduziu os sintomas de ansiedade geral (Kivity & Huppert, 2016).

No que concerne as escalas que avaliam sintomas depressivos ou mesmo indicativos de sintomas mentais comuns, é importante entender como os sintomas comórbidos impactam no curso do tratamento, segundo Wong, et al., (2014) o TAS precede o transtorno depressivo em aproximadamente 70% dos casos comórbidos. Segundo Ledley, et al., (2005) sintomas depressivos estão associados com a piora na gravidade dos sintomas de ansiedade social e com maiores taxas de abandono de processos psicoterápicos. Outras pesquisas mostram que ansiosos sociais com sintomas de humor comórbidos, mesmo após uma intervenção em TCCG de 12 semanas apresentaram mais sintomas relacionados à ansiedade social do que aqueles participantes sem depressão comórbida (Bruce & Heimberg, 2013). Nesse estudo não foi possível fazer essa forma de análise estatística tendo em vista que o tamanho amostral não seria suficiente (somente sete participantes do grupo submetido à intervenção não apresentavam comorbidades).

Um estudo examinou como a depressão e a ansiedade social afetavam-se ao longo do processo psicoterápico em TCCG e evidenciou que grande parte das mudanças nos sintomas depressivos eram mediadas por mudanças nos sintomas de ansiedade social, 91% da redução nos sintomas depressivos responderam a redução dos sintomas ansiosos. Além disso, foi demonstrado que o oposto não se aplica, ou seja, redução no escore de sintomas depressivos não leva a mudança nos sintomas relacionados à ansiedade social (Moscovitch, Hofmann, Suvak & In-Albon, 2005). Tais resultados corroboram os encontrados em nosso estudo, tendo em vista que o processo psicoterápico de TCCG para ansiedade social resultou em redução significativa dos sintomas depressivos, tanto como dos sintomas psiquiátricos associados.

Pesquisas evidenciam que intervenções de TCCG eficazes para TAS resultam também em melhora do humor, do funcionamento geral e cotidiano e da qualidade de vida (Koszycki et al., 2007), tais pesquisas são corroboradas pelo estudo em questão, tendo em vista que o grupo submetido à intervenção apresentou melhora significativa em todos os instrumentos que avaliaram sintomas depressivos e no pós-teste apresentaram escores iguais ao grupo de participantes saudáveis. Indo ao encontro desses resultados, outras pesquisas também evidenciaram redução significativa de sintomas depressivos a partir de diferentes formas de intervenção para TAS, tais como TCCG (Boettcher, Hasselrot, Sund, Andersson & Carlbring, 2014; Cottraux et al., 2000; Dogaher, &, 2011;

Hedman, et al., 2014), Mindfulness (, et al., 2013), intervenção através da internet (Hedman, et al., 2014), entre outros.

A TCCG tem se mostrado uma forma de intervenção muito eficaz no tratamento de TAS, é importante frisar que os participantes que realizaram essa intervenção apresentaram no pós-teste escores iguais ao grupo de participantes saudáveis em relação à medida de ansiedade geral (medido pela BAI) e em relação às escalas de sintomas depressivos (BDI e PHQ-9) e também dos indicativos de transtornos mentais comuns (PHQ-9). Segundo Erwi, Heimberg, Juster e Mindlin (2002) a TCCG tem apresentando resultados superiores ao placebo e os ganhos são mantidos por 4,5 a 6,25 anos após o fim da intervenção, além disso, os pacientes apresentam menor probabilidade de reincidência.

7.4 FALSAS MEMÓRIAS

A hipótese inicial consistia em que indivíduos ansiosos sociais seriam mais suscetíveis ao aumento do número de falsas memórias, contudo essa hipótese não foi confirmada. Acreditava-se que em função da intervenção reestruturar as crenças disfuncionais sobre si e seu desempenho social, acarretaria numa melhora da desejabilidade social, do desajustamento e da instabilidade emocional, fazendo com que os participantes apresentassem desempenho de memória mais próximos à população sem sintomas clínicos, porém os resultados não evidenciaram o previsto. A literatura indica que indivíduos com transtorno de ansiedade social parecem ser mais suscetíveis ao aumento do número de falsas memórias, tendo em vista características como a desejabilidade social, viés atencional, desajustamento e instabilidade emocional. Contudo, essa premissa não foi encontrada neste trabalho, na realidade, os dados não evidenciaram diferenças estatisticamente significante com relação aos grupos portadores de TAS e o grupo com características saudáveis com relação à performance de memória. Embora a literatura evidencie que as falsas recordações podem ocorrer facilmente com alguns tipos de pessoas, os dados ainda não são conclusivos (Loftus et al., 1978).

Em um estudo sobre os processos mnemônicos em uma população de ansiosos sociais, Rapee, McCallum, Melville, Ravenscroft, e Rodney (1994) utilizaram um instrumento de lista de palavras e também não evidenciariam qualquer forma de viés de memória comparando fóbicos sociais com o esperado pela população sem sintomas clínicos. Ainda Cloitre et al., (1994) em um estudo com intuito de entender a relação entre

índices de falsas memórias e transtornos ansiosos, utilizando o paradigma DRM, também não constatou diferenças, visto que tanto o grupo de fóbicos sociais como o grupo controle, mostraram melhor performance de memória para itens ameaçadores e positivos comparados com os itens neutros.

Os dados encontrados nesse estudo vão ao encontro dos resultados encontrados por Cody, Steinman e Teachman (2015). Nesse estudo foi comparado um grupo de participantes com TAS com um grupo de indivíduos saudáveis com relação a memória verdadeira e falsa memórias. Foi utilizado o mesmo paradigma desse estudo, porém Cody et al. (2015) utilizaram duas listas diferentes, uma com palavras com impacto social e outra com palavras neutras. Os resultados não indicaram diferenças significativas relacionadas nem com relação às memórias verdadeiras nem às falsas memórias. Uma das possíveis explicações é a de que o paradigma utilizado não é sensível o suficiente para conseguir detectar diferenças sutis, tendo em vista que assim como no estudo citado acima, todos os grupos apresentaram índices baixos de falsas memórias e índices altos de memórias verdadeiras.

Além disso, o mesmo estudo citado acima evidenciou que as palavras neutras foram mais lembradas do que as palavras com impacto social pela população com TAS (Cody, et al., 2015). Outro estudo evidenciou os mesmos resultados, ou seja, palavras não emocionais, isto é, neutras, medidas pelas listas DRM, apresentaram índices elevados de memórias verdadeiras comparadas às listas com impacto emocional (Palmer & Dodson, 2009). Considerando que o presente estudo foi realizado somente com palavras neutras, sugere-se em relação a essa valência os indivíduos com TAS não se diferem de indivíduos saudáveis. Outro estudo relacionado a falsas memórias e ansiosos sociais também não encontrou evidências suficientes para confirmar a hipótese de que indivíduos ansiosos são mais propensos a ter falsas memórias do que indivíduos não ansiosos. Outro dado inusitado encontrado relaciona-se às memórias verdadeiras e sugere que pacientes com TAS apresentaram uma performance de memória mais precisa do que indivíduos não ansiosos (Wenzel, Jostad, Brendle, Ferraro & Lystad, 2004).

Com relação aos dados obtidos no pós-teste evidenciou-se o mesmo movimento encontrado no pré-teste, ou seja, não foram encontradas diferenças relacionadas a memórias verdadeiras, falsas memórias e distratores não relacionados entre os grupos. Os resultados encontrados nesse estudo foram ao encontro de alguns dados da literatura, porém são opostos à hipótese inicial levantada, com isso, sabe-se que esses dados

precisam ser avaliados com cautela e estudados futuramente até mesmo para que a literatura atinja um consenso a respeito dos achados.

Segundo autores como Ost, Blank, Davies, Jones, Lambert & Salmon (2013), o paradigma DRM, apesar de ser o paradigma mais utilizado para medir falsas memórias, apresenta alguns problemas importantes. Conforme Wade, Sharman, Garry, Memon, Mazzoni, Marckelbach & Loftus (2007), o DRM apresenta uma imprecisão na mensuração de erros de memórias (falsas memórias), nesse sentido, o autor argumenta que os mecanismos que explicam os achados do DRM nunca foram explicados. Outros autores argumentam que não existem evidências suficientes para confirmar confiavelmente que diferentes mecanismos fundamentam diferentes erros de memória, com isso, erros de memória e falsas memórias podem ser confundidos ao longo do procedimento de testagem de memória perdendo a acurácia real da memória. Uma outra crítica ao DRM refere-se que a produção de falsas memórias está relacionada a um processo de desinformação como parte do evento apresentado, tendo em vista que os itens relacionados a falsas memórias não são apresentados, com isso, não há memorização desse item a ser falsificada.

Sabe-se que o processamento de informações dos portadores de TAS sugere que os indivíduos ansiosos apresentam vieses de memória para informações consideradas ameaçadoras (Morgan, 2010). Segundo Liang et al. (2011), a partir de um estudo com lista de palavras, os ansiosos sociais esqueceram mais facilmente as palavras positivas. Corroborando com a hipótese de que ansiosos sociais lembram mais de informações socialmente ameaçadoras do que outros tipos de informações. A partir dessas constatações, alguns questionamentos são pertinentes. A utilização de palavras com impacto social é memorizada de maneira diferente pelos ansiosos sociais? Se existir diferença ela poderia ser mensurada entre os grupos? Ademais, os eventos emocionalmente carregados são retidos de um modo diferente nos fóbicos sociais?

Nessa lógica, Maratos, Allan e Rugg (2000) realizaram uma pesquisa com palavras neutras e palavras negativas, sugerindo que as palavras negativas geraram um aumento no índice de memórias verdadeiras. Roediger e McDermott (1995) também demonstraram que palavras com algum impacto emocional apresentaram um índice maior de falsas memórias em comparação com palavras neutras. A partir disso, uma possível extensão para este trabalho seria buscar compreender o processamento mnemônico da população com TAS a partir da emocionalidade das palavras a serem memorizadas.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O transtorno de ansiedade social (TAS) é caracterizado por medo debilitante e medo de possíveis constrangimentos em situações sociais e é considerado como um transtorno mental altamente prevalente. Além disso, o TAS está associado a vários sintomas psicológicos (por exemplo, pensamentos distorcidos, emoções negativas, entre outros) e fisiológicos (aumento da frequência cardíaca e respiratória, tremores motores) quando o ansioso social se depara com uma situação considerada por ele ameaçadora, todos esses sintomas são desencadeados.

O desejo dos indivíduos com TAS é de ser aceito e de estabelecer vínculos saudáveis, mas muitas vezes apresentam uma opinião e/ou uma imagem mental de si mesmos distorcida e, dessa forma, tendem a manter-se isolados, reduzindo a satisfação com a vida. Mesmo com a alta prevalência, o TAS muitas vezes não é diagnosticado corretamente, deixando os pacientes sem o tratamento adequado. Ademais, uma parcela de pacientes que finalizam o processo psicoterápico não se beneficia com o tratamento, independente da modalidade realizada. A partir disso, existe uma necessidade pronunciada a respeito da realização de estudos de intervenção com essa população.

Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi investigar o efeito de uma intervenção em grupo de exposição com alto custo social em pacientes com TAS sobre variáveis psicológicas, tais como ansiedade social, ansiedade geral, depressão e também a qualidade de memória dos participantes. Além disso, a pesquisa visou comparar os resultados obtidos com um grupo de participantes com TAS que não receberam nenhuma forma de intervenção e com um grupo de participantes sem indicativos de transtornos psiquiátricos comuns.

Para atingir este objetivo, o estudo contou com três grupos, sendo um deles de participantes diagnosticados com TAS e que receberam intervenção em TCCG, outro grupo de participantes diagnosticados com TAS que não receberam intervenção ao longo da pesquisa, ou seja, lista de espera e finalmente o grupo de participantes saudáveis, que compôs o grupo de comparação. Essa forma metodológica foi utilizada para controlar possíveis variáveis confundidoras, tais como o tempo de exposição aos sintomas podendo acarretar em remissão espontânea dos mesmos, os quais foram controlados através do grupo lista de espera, ou mesmo variáveis relacionadas ao período do ano ou mesmo variações normais do cotidiano, controladas por ambos os grupos (lista de espera e participantes saudáveis). Todos os participantes respondem uma série de instrumentos e

tarefas em dois momentos, um inicial (pré-teste) e um ao final do tratamento ou após um mínimo de quatro meses a no máximo 6 meses (pós-teste), possibilitando comparações ao longo do texto e permitindo, assim, verificar o efeito da intervenção.

O tratamento psicológico mais estudado atualmente que vem demonstrando resultados eficazes para o tratamento de TAS é a terapia cognitivo-comportamental (TCC) (Dagö, et al., 2014). A intervenção com exposições de alto custo social se mostrou eficaz na redução de sintomas relacionados ao TAS, assim como sintomas psiquiátricos associados (Hofmann, 2000). Os resultados encontrados no presente estudo vão ao encontro da literatura a qual evidencia redução significativa nos sintomas de ansiedade social, ansiedade geral, depressão e sintomas de transtornos mentais comuns. Além disso, os escores relacionados a ansiedade geral, depressão e sintomas de transtornos mentais comuns, após a intervenção foram equiparados com o escores obtidos pelo grupo de participantes saudáveis, evidenciando a excelente eficácia do processo de intervenção. A eficácia também pode ser evidenciada a partir do tamanho de efeito grande encontrado no estudo relacionado ao principal instrumento de avaliação de TAS utilizado no estudo (SPIN). Ou seja, esse estudo evidenciou que a forma psicoterápica utilizada atingiu o objetivo esperado de intervenção considerada padrão ouro.

Além disso, esse estudo evidenciou que a terapia de exposição de alto custo social pode ser uma nova modalidade terapeuta efetiva a ser utilizada no Brasil para intervenção de TAS. Tendo em vista que esse estudo foi original, outros estudos precisam ser realizados para dar maior robustez aos dados encontrados.

No que concerne às medidas relacionadas à qualidade de memória, a hipótese inicial relacionava-se a teoria de que os indivíduos ansiosos sociais apresentariam um número maior de falsas memórias e/ou uma redução de memórias verdadeiras, porém essa hipótese não foi confirmada. Tendo em vista o resultado encontrado, sabe-se que as possíveis conclusões relacionadas a esse achado devem ser feitas com cautela. Foi possível evidenciar no estudo em questão que a qualidade da memória dos indivíduos com TAS participantes desse estudo foi equivalente a memória dos participantes saudáveis, tanto no pré-teste quanto no pós-teste. Contudo, tais resultados não podem levar a sugestão de que a intervenção não surtiu efeito sobre a qualidade de memória dos participantes com TAS, tendo em vista que os mesmos e os participantes saudáveis não se diferenciaram desde o pré-teste.

A realização de ensaios clínicos randomizados no Brasil é extremamente complexa, uma vez que esse rigor metodológico é pouco usado, além disso, existe a

difficuldade em alcançar e manter os procedimentos metodológicos idealizados inicialmente. Essa forma de pesquisa tem sido utilizada para testar a eficácia de intervenções terapêuticas em uma população de pacientes. Sabe-se que essa forma de pesquisa preconiza um maior controle das variáveis aumentando a confiabilidade dos resultados.

Um dos principais obstáculos encontrados ao longo da pesquisa referiu-se à dificuldade de ter acesso aos participantes que sofrem com sintomas de ansiedade social, os quais não realizam psicoterapia e apresentam interesse em realizá-la. Com isso foi necessário empreender diversas formas de divulgação para tentar acessar esses pacientes, porém, mesmo com o recebimento de dezenas de e-mails de diferentes pacientes demonstrando o interesse no tratamento, vários deles não compareceram à entrevista marcada, mesmo após várias tentativas de contato ou ainda que tenham comparecido, percebeu-se posteriormente que não preenchiam os critérios diagnósticos para TAS.

Em função das dificuldades encontradas, realizou-se uma mudança metodológica, inicialmente havia se planejado uma série de critérios de inclusão e exclusão, porém não foi possível utilizar todos esses critérios. Esperava-se que os grupos com TAS seriam compostos por participantes com escores superiores ou iguais a 20 pontos na BAI; escores iguais ou inferiores a 6 pontos no PHQ – 9, e escores iguais ou inferiores a 10 pontos no BDI, indicando assim ausência de sintomas depressivos; escores iguais ou inferiores a 7 pontos no SRQ; e escores iguais ou superiores a 19 pontos na SPIN. Contudo, não foi possível seguir esses critérios, a literatura indica a alta presença de comorbidades entre participante com TAS e outros transtornos. Após várias tentativas de compor os grupos seguindo os critérios previamente estabelecidos, foi necessário realizar uma reformulação dos mesmos, a partir disso, o critério relacionado a SPIN foi mantido, tendo em vista que a SPIN é a principal medida do estudo, porém, a partir das alterações os participantes poderiam apresentar comorbidades com depressão ou outros transtornos ansiosos. Sabe-se que o alto índice de comorbidades na pesquisa pode ser considerado uma covariável confundidora, a qual afeta a resposta à intervenção proposta e a resposta da mesma, com isso, uma das limitações do presente estudo é o fato de que a amostra clínica apresenta comorbidades.

Sabe-se que cerca de 80% dos pacientes diagnosticados com TAS apresentam comorbidades psiquiátricas, sendo as principais referentes aos transtornos do humor e principalmente do humor depressivo. A prevalência dessa comorbidade de ansiedade social com depressão varia de 17% a 70% entre os fóbicos sociais (Araújo, et al., 2010;

Neto, 2000). Ansiosos sociais apresentam maior probabilidade de desenvolver transtorno depressivo quando comparados com a população geral, principalmente nos primeiros dois anos após o início do quadro ansioso (Ohayon & Schatzberg, 2010).

Nardi (2000) afirma que os pacientes fóbicos apresentam uma “síndrome geral de desmoralização”, responsável pelos sintomas de humor deprimido, fazendo com que pacientes deprimidos restrinjam suas atividades sociais devido à perda de interesse e prazer e não devido aos sintomas ansiosos. Stein, Fuetsch, Müller, Höfler, Lieb e Wittchen (2001) apontam que o transtorno ansioso antecede a depressão. O alto índice de comorbidade na pesquisa pode constituir-se como covariável confundidora, o qual pode ter afetado a variável mnemônica.

Algumas limitações metodológicas também podem ter influenciado os resultados do estudo, tais como o número de participantes em cada um dos grupos, tendo em vista que grupos com número de participantes pequeno dificultam a análise dos dados. Esse fator pode ter influenciado na performance de memória. Outra limitação relativa à intervenção em grupo refere-se à taxa de evasão do tratamento, essa limitação aplica-se. À grande maioria dos tratamentos no formato grupo. O grupo pode proporcionar uma forma motivadora aos pacientes, contudo, ao mesmo tempo, é uma atividade extremamente fóbica para a população em estudo, além disso, oferece menos flexibilidade para tratar demandas individuais específicas (Fang et. al., 2013).

Outra limitação refere-se à utilização do grupo lista de espera, de acordo com a literatura, é esperado que o grupo em questão não melhore dos sintomas apresentados no início da pesquisa, com isso, ao realizar a comparação entre uma condição experimental de intervenção e o grupo lista de espera, a tendência é inflar os resultados. Com isso, é necessário realizar novas pesquisas comparando essa forma de intervenção com outras formas de intervenção em grupo e também individual.

Além disso, uma das importantes limitações é o fato do protocolo utilizado nesse estudo nunca ter sido utilizado com uma população brasileira, impedindo possíveis comparações culturais. É importante frisar que a intervenção utilizada não consiste em um protocolo de pesquisa e sim em um protocolo de intervenção clínica, com isso, o mesmo não passou por processos tradicionais em pesquisa de validação e adaptação de instrumentos, muito embora tenha sido realizado o procedimento de tradução e retrotradução para o português do Brasil. Com isso, acredita-se que seria benéfico a realização de outros estudos brasileiros com essa forma de intervenção. Por fim, a utilização de psicofármacos também pode ser considerada uma limitação do estudo,

interferindo em todas as variáveis estudadas, desde as variáveis relacionadas às médias psicológicas até as variáveis de performance de memória.

Com relação à qualidade de memória, uma das limitações é o próprio instrumento utilizado e também a não manipulação da variável emoção. A recordação de um evento pode ser afetada principalmente por dois fatores: a exposição social no pós-evento e o conteúdo emocional deste evento, afetando a precisão dos relatos (Brown & Schaefer, 2010). Pesquisas vêm mostrando que estímulos emocionais têm papel importante na regulação da atenção (Gamble & Rapee, 2010), além disso, na influência na performance de memória (Anderson, Yamaguchi, Grabski, & Lacka, 2006). Estudos com ansiosos sociais evidenciaram que a emoção relacionada aos estímulos mnemônicos tem impacto na qualidade da memória, com isso, a realização de novos estudos com palavras com impacto emocional aplicadas a essa população específica pode ajudar a entender os resultados encontrados nesse estudo e possibilitar maior consenso na literatura sobre essa questão.

Muito embora o trabalho apresente as limitações anteriormente apresentadas, destacam-se os resultados positivos obtidos quanto à melhora dos pacientes em resposta à intervenção de TCCG proposta. Possíveis alternativas de melhora e expansão desta pesquisa referem-se ao aumento do número dos participantes, a realização de uma pesquisa de intervenção com participantes que não tenham apresentado comorbidades, ou mesmo com diferentes grupos com diferentes comorbidades. No restante, acredita-se que este trabalho contribuiu positivamente à literatura da área, principalmente no que se refere à pesquisa com TAS cuja proeminente prevalência na população, enorme probabilidade de subdiagnóstico e dificuldade de tratamento evidenciam a necessidade de pesquisas robustas e com resultados duradouros que proporcionem a melhora na qualidade de vida dos pacientes. Reitera-se que, nesse caso, a intervenção em TCCG apresenta resultados bastante eficazes o que incentiva a área de pesquisa quanto a essas intervenções em específico.

REFERÊNCIAS

- Acarturk, C., de Graaf, R., van Straten, A., Have, M., & Cuijpers, P. (2008). Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(4), 273–279. <http://doi.org/10.1007/s00127-008-0309-1>
- Alves, C. M. (2006). *Efeitos do tipo de item e do monitoramento da fonte na criação e persistência de falsas memórias*. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia/ MG. Retrieved from <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/17195>
- Alves, C. M., & Lopes, E. J. (2007). Falsas Memórias: questões teórico-metodológicas. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 17(36), 45–56. <http://doi.org/10.1590/S0103-863X2007000100005>
- American Psychiatric Association. (1980). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (Artmed, Ed.). Porto Alegre.
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (Artmed, Ed.) (4 TR). Porto Alegre.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, L. H. S. G., & Gorenstein, C. (1998). General aspects of anxiety rating scales. *Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo)*, 285–90. Retrieved from <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-236702#.WLL75FUTnSs.mendeley>
- Andrews, B., Brewin, C. R., Ochera, J., Morton, J., Bekerian, D. A., Davies, G. M., & Mollon, P. (2000). The timing, triggers and qualities of recovered memories in therapy. *The British Journal of Clinical Psychology*, 39 (Pt 1)(1), 11–26. <http://doi.org/10.1348/014466500163077>
- Angélico, A. P., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2006). Fobia social e habilidades sociais: Uma revisão de literatura. *Interação Em Psicologia*, 10(1), 113–125.
- Anteraper, S. A., 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 Connectivity*, 4(2), 81–90. <http://doi.org/10.1089/brain.2013.0180>
- Araújo, L. F., Ronzani, T. M., & Lourenço, L. M. (2010). Análise da Literatura sobre a Comorbidade entre Fobia Social e Depressão. *Gerais : Revista Interinstitucional de Psicologia*, 3(2), 109–123.
- Arnold, H. J., Feldman, D. C., & Purbhoo, M. (1985). The role of social-desirability response bias in turnover research. *Academy of Management Journal*, 28(4), 955–966. <http://doi.org/10.2307/256249>
- Asch, S. E. (1955). Opinions and Social Pressure. *Scientific American*, 193(5), 31–35. <http://doi.org/10.1038/scientificamerican1155-31>
- Asnaani, A., Rinck, M., Becker, E., & Hofmann, S. G. (2014). The Effects of Approach-Avoidance Modification on Social Anxiety Disorder: A Pilot Study. *Cognitive Therapy and Research*, 38(2), 226–238. <http://doi.org/10.1007/s10608-013-9580-x>
- Ávila, L. M., & Stein, L. M. (2006). A influência do traço de personalidade

neuroticismo na suscetibilidade às falsas memórias. [The influence of the neuroticism personality trait on the susceptibility to false memories.]. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*. Universidade de Brasília.

Baghyahi, S. B. A., Gao, Y., Zhang, X., Baghsiahy, B. A. R. H., & Fegghi, P. (2013). Comparison the effects of acupuncture and cognitive - behavioral therapies on treating insomnia. *European Psychiatry*, 28, 1. [http://doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)77374-7](http://doi.org/10.1016/S0924-9338(13)77374-7)

Barbosa, M. E. (2009). *Investigação experimental da memória: o impacto da emoção no tipo de informação recuperada*. Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133(1), 1–24. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.1>

Barkowski, S., Schwartze, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., Barth, J., & Rosendahl, J. (2016). Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 44–64. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.005>

Barros Neto, T. P. (2000). Fobia social: perfil clínico, comorbidade e diagnóstico diferencial. *Rev. Psiquiatr. Clín. (São Paulo)*, 27(6), 309–15.

Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Meridian Book.

Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997a). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49–58. [http://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00069-1](http://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00069-1)

Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997b). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49–58. [http://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00069-1](http://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00069-1)

Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R. A., & others. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>

Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2005). *Terapia Cognitiva dos Transtornos da Personalidade* (2nd ed.). Porto Alegre: Artmed.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561–571. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>

Beck, J. S. (2007). *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática* (1st ed.). Porto Alegre: Artmed.

Bernstein, D. M., & Loftus, E. F. (2009). How to Tell If a Particular Memory Is True or False. *Perspectives on Psychological Science*, 4(4), 370–374. <http://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01140.x>

Bianco, S. M., Stein, L. M., & Pergher, G. K. (2005). Falsas memórias e

demência na terceira idade. *Estudos Interdisciplinares Sobre O Envelhecimento*, 7, 49–67. Retrieved from <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4757/2672>

Book, S. W., & Randall, C. L. (2002). Social Anxiety Disorder and Alcohol Use. *Alcohol Research & Health*, 26(2), 130–135. Retrieved from <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07362999408809355>

Brainerd, C. J., & Reyna, V. F. (2005). *The science of false memory*. Oxford University Press.

Brainerd, C. J., & Reyna, V. F. (2010). Recollective and nonrecollective recall. *Journal of Memory and Language*, 63(3), 425–445. <http://doi.org/10.1016/j.jml.2010.05.002>

Brainerd, C. J., Stein, L. M., Silveira, R. A., Rohenkohl, G., & Reyna, V. F. (2008). How does negative emotion cause false memories? *Psychological Science*, 19(9), 919–925. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02177.x>

Brozovich, F. A., & Heimberg, R. G. (2008). An analysis of post-event processing in social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 891–903. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.01.002>

Bruce, L. C., Heimberg, R. G., Bruce, L. C., & Heimberg, R. G. (2013). Social Anxiety Disorder. In *The Wiley Handbook of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 895–916). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <http://doi.org/10.1002/9781118528563.wbcbt38>

Burke, K. C., Durke, J. D., Regier, D. a., & Rae, D. S. (1990). Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of General Psychiatry*, 47(6), 511–518. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1990.01810180011002>

Burklund, L. J., Craske, M. G., Taylor, S. E., & Lieberman, M. D. (2015). Altered emotion regulation capacity in social phobia as a function of comorbidity. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 10(2), 199–208. <http://doi.org/10.1093/scan/nsu058>

Byrne, A., & Eysenck, M. W. (1995). Trait anxiety, anxious mood, and threat detection. *Cognition & Emotion*, 9(6), 549–562. <http://doi.org/10.1080/02699939508408982>

Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irturia, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G., Barinaga, E., & Bustamante, G. (2014). Differences in social anxiety between men and women across 18 countries. *Personality and Individual Differences*, 64, 35–40. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2014.02.013>

Cahill, L., Prins, B., Weber, M., & McGaugh, J. L. (1994). Beta-adrenergic activation and memory for emotional events. *Nature*, 371(6499), 702–704. <http://doi.org/10.1038/371702a0>

Calamaras, M. R., Tone, E. B., & Anderson, P. L. (2012). A Pilot Study of Attention Bias Subtypes: Examining Their Relation to Cognitive Bias and Their Change following Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 68(7), 745–754. <http://doi.org/10.1002/jclp.21875>

Campbell-Sills, L., Espejo, E., Ayers, C. R., Roy-Byrne, P., & Stein, M. B. (2015). Latent dimensions of social anxiety disorder: A re-evaluation of the Social Phobia Inventory (SPIN). *Journal of Anxiety Disorders*, 36, 84–91.

<http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.09.007>

Caumo, W., Schmidt, A. P., Schneider, C. N., Bergmann, J., Iwamoto, C. W., Bandeira, D., & Ferreira, M. B. C. (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 45(3), 298–307. <http://doi.org/10.1034/j.1399-6576.2001.045003298.x>

Chagas, M. H. N., Nardi, A. E., Manfro, G. G., Hetem, L. A. B., Andrada, N. C., Levitan, M. N., ... Crippa, J. A. S. (2010). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o diagnóstico e diagnóstico diferencial do transtorno de ansiedade social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(4), 444–452. <http://doi.org/10.1590/S1516-44462010005000029>

Chen, J., Rapee, R. M., & Abbott, M. J. (2013). Mediators of the relationship between social anxiety and post-event rumination. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 1–8. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.10.008>

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia Cognitiva para os Transtornos de Ansiedade*. Porto Alegre: Artmed.

Clark, D. M., & Wells, A. A. (1995). Cognitive model of social phobia. In M. R. Heimberg, M. R. Liebowitz, Hope D. A., & Schneider F. R. (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69–93). New York: Guilford.

Clauss, J. A., & Blackford, J. U. (2012). Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: a meta-analytic study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(10), 1066–1075.e1. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.08.002>

Cody, M. W., Steinman, S. A., & Teachman, B. A. (2015). True and False Memories in Social Anxiety Disorder: Effects of Speech Anticipation and Social Content. *Cognitive Therapy and Research*, 39(6), 797–807. <http://doi.org/10.1007/s10608-015-9712-6>

Cody, W. M., & Teachman, B. A. (2010). Post-event processing and memory bias for performance feedback in social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(5), 468–479. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.03.003>

Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Erik Churchill, L., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN). New self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176(APR.), 379–386. <http://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379>

Connor, K. M., Kobak, K. A., Churchill, L. E., Katzelnick, D., & Davidson, J. R. T. (2001). Mini-SPIN: A brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 14(2), 137–40. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11668666>

Cozby, P. C. (2003). *Métodos de Pesquisa em Ciências do Comportamento*. São Paulo: Atlas.

Crippa, J. A. S. (2009). Does social phobia remain the “Ugly Duckling” of anxiety disorders? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(4), 297–299. <http://doi.org/10.1590/S1516-44462009000400002>

Culpepper, L. (2006). Social anxiety disorder in the primary care setting. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(Suppl 1), 31–37.

-
- Cunha, J. A. (2001). *Escalas Beck - Manual*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- D'El Rey, G. F., Pacini, C. A., & Chavira, D. J. F. (2006). Fobia social em uma amostra de adolescentes. *Estudos de Psicologia*, 11(1), 111–114. <http://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000100013>
- 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. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 35(2), 79–83. <http://doi.org/10.1590/S0101-60832008000200006>
- Dams, J., König, H., Bleibler, F., Hoyer, J., Wiltink, J., Beutel, M. E., ... Konnopka, A. (2017). Excess costs of social anxiety disorder in Germany. *Journal of Affective Disorders*, 213, 23–29. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.041>
- De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., Dweck, C. S., & Gross, J. J. (2015). Emotion Beliefs and Cognitive Behavioural Therapy for Social Anxiety Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(2), 128–141. <http://doi.org/10.1080/16506073.2014.974665>
- De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2014). Emotion beliefs in social anxiety disorder: Associations with stress, anxiety, and well-being. *Australian Journal of Psychology*, 66(2), 139–148. <http://doi.org/10.1111/ajpy.12053>
- De Jesus Mari, J., & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *British Journal of Psychiatry*, 148(1), 23–26. <http://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>
- De Oliveira, I. R., Powell, V. B., Wenzel, A., Caldas, M., Seixas, C., Almeida, C., ... Sudak, D. (2012). Efficacy of the trial-based thought record, a new cognitive therapy strategy designed to change core beliefs, in social phobia. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 37(3), 328–334. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2710.2011.01299.x>
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2009). *Psicologia das habilidades sociais: Diversidade teórica e suas implicações*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Del-Ben, C. M., Vilela, J. A. A., & Crippa, J. A. S. (2001). Confiabilidade da “Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV-Versão Clínica” traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), 156–159. <http://doi.org/10.1590/S1516-44462001000300008>
- Desnoyers, A. J., Kovoski, 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*, 12, 1–15. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/10615806.2016.1239083>
- Dryman, M. T., Gardner, S., Weeks, J. W., & Heimberg, R. G. (2016). Social anxiety disorder and quality of life: How fears of negative and positive evaluation relate to specific domains of life satisfaction. *Journal of Anxiety Disorders*, 38, 1–8. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.12.003>
- Eisenkraemer, R. E. (2006). Nas cercanias das falsas memórias. *Ciências & Cognição*, 9(0). Retrieved from <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/608>
- Enock, P. M., Hofmann, S. G., & McNally, R. J. (2014). Attention Bias

Modification Training Via Smartphone to Reduce Social Anxiety: A Randomized, Controlled Multi-Session Experiment. *Cognitive Therapy and Research*, 38(2), 200–216. <http://doi.org/10.1007/s10608-014-9606-z>

Eysenck, M. W., & Keane, M. T. (1994). *Psicologia Cognitiva um manual introdutório*. Porto Alegre: Artmed.

Falcone, E., & Figueira, I. (2001). *Transtorno de ansiedade social*. In B. Rangé (Ed.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.

Fang, A., Sawyer, A. T., Asnaani, A., & Hofmann, S. G. (2013). Social Mishap Exposures for Social Anxiety Disorder: An Important Treatment Ingredient. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(2), 213–220. <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.05.003>

Fávero, L. P., Belfiore, P., Silva, F. L., & Chan, B. L. (2009). *Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões*. Rio de Janeiro: Campus/Elsevier.

Field, A. (2009). *Descobrendo a Estatística Utilizando o Spss* (2nd ed.). Porto Alegre: Artmed.

Filho, A. S., Hetem, L. A. B., Ferrari, M. C. F., Trzesniak, C., Martín-Santos, R., Borduqui, T., ... Crippa, J. A. S. (2010). Social anxiety disorder: what are we losing with the current diagnostic criteria? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(3), 216–26. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01459.x>

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. N. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington: American Psychiatric Press.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. N. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition (SCID-I/P)*. (Biometric). New York: Psychiatric Institute.

Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2014). A proposed framework for preventing perfectionism and promoting resilience and mental health among vulnerable children and adolescents. *Psychology in the Schools*, 51(9), 899–912. <http://doi.org/10.1002/pits.21792>

Franks, J. J., & Bransford, J. D. (1971). Abstraction of visual patterns. *Journal of Experimental Psychology*, 90(1), 65–74. <http://doi.org/10.1037/h0031349>

Fyer, A. J., Mannuzza, S., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., & Klein, D. F. (1993). A direct interview family study of social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 50(4), 286–293. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8466390>

Goldin, P. R., Lee, I., Ziv, M., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2014). Trajectories of change in emotion regulation and social anxiety during cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 56, 7–15. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2014.02.005>

Goldin, P. R., Manber, T., Hakimi, S., Canli, T., & Gross, J. J. (2009). Neural bases of social anxiety disorder: emotional reactivity and cognitive regulation during social and physical threat. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 170–180. <http://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.525>

Gomes, B. C. (2010). *Estudo controlado de terapia cognitivo comportamental em grupo no tratamento de pacientes com transtorno bipolar*. Faculdade de Medicina da

Universidade de são Paulo.

Gouveia, V. V., Guerra, V. M., Sousa, D. M. F. de, Santos, W. S., & Costa, J. de M. (n.d.). Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne: evidências de sua validade fatorial e consistência interna. *Avaliação Psicológica*, 8(1), 87–98. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Graeff, F. G. (2007). Ansiedade, pânico e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29, s3–s6. <http://doi.org/10.1590/S1516-44462007000500002>

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–62. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12916575>

Gudjonsson, G. H. (1986). *The relationship between interrogative suggestibility*. First M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: Clinical Version (SCID-CV)*. Washington: American Psychiatric Press.

Hackmann, A., Clark, D. M., & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38(6), 601–10. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10846808>

Hahn, A., Stein, P., Windischberger, C., Weissenbacher, A., Spindelegger, C., Moser, E., ... Lanzenberger, R. (2011). Reduced resting-state functional connectivity between amygdala and orbitofrontal cortex in social anxiety disorder. *NeuroImage*, 56(3), 881–889. <http://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.02.064>

Harbort, J., Spiegel, J., Witthöft, M., & Hecht, H. (2017). The effects of social pressure and emotional expression on the cone of gaze in patients with social anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55, 16–24. <http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.11.004>

Harding, T. W., Arango, V. de, Baltazar, J., Climent, C. E., Ibrahim, H. H. A., Ladrado-Ignacio, A., & Wig, N. N. (1980). Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*, 10(2), 231 – 241. <http://doi.org/http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=5208552&fileId=S0033291700043993>

Hedman, E., Andersson, E., Ljótsson, B., Andersson, G., Rück, C., & Lindefors, N. (2011). Cost-effectiveness of Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(11), 729–736. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2011.07.009>

Hedman, E., Andersson, G., Ljótsson, B., Andersson, E., Rück, C., Mörtberg, E., & Lindefors, N. (2011). Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled non-inferiority trial. *PLoS ONE*, 6(3). <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0018001>

Heeren, A., Mogoşe, C., McNally, R. J., Schmitz, A., & Philippot, P. (2015). Does attention bias modification improve attentional control? A double-blind randomized

experiment with individuals with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 29, 35–42. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.10.007>

Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biological Psychiatry*, 51(1), 101–108.

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., Hofmann, S. G., Liebowitz, M. R., Schneier, F. R., Smits, J. A. J., Stein, M. B., ... Craske, M. G. (2014). Social Anxiety Disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 31(6), 472–479. <http://doi.org/10.1002/da.22231>

Heimberg, R. G., Juster, H. R., Hope, D. A., & Mattia, J. I. (1995). Cognitive-behavioral group treatment: Description, case presentation, and empirical support. In M. B. Stein (Ed.), *Social phobia: Clinical and research perspectives*. (pp. 293–321). Washington: American Psychiatric.

Heldt, E., Wesner, A. C., Gomes, J. B., Detzel, T., & Guimarães, L. (2013). 2366 – Booster sessions after cognitive-behavioral group therapy for panic disorder: impact on resilience, coping and quality of life. *European Psychiatry*, 28, 1. [http://doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)77205-5](http://doi.org/10.1016/S0924-9338(13)77205-5)

Hiemisch, A., Ehlers, A., & Westermann, R. (2002). Mindsets in social anxiety: a new look at selective information processing. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33(2), 103–14. [http://doi.org/10.1016/S0005-7916\(02\)00022-8](http://doi.org/10.1016/S0005-7916(02)00022-8)

Hofmann, S. G. (2000). Treatment of Social Phobia: Potential Mediators and Moderators. *Psychology: Science and Practice*, 7(1), 3–16. <http://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.3>

Hofmann, S. G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 393–9. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.72.3.393>

Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: a comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(4), 193–209. <http://doi.org/10.1080/16506070701421313>

Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2008). *Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: Evidence-Based and Disorder-Specific Treatment Techniques* (1st ed.). New York: Routledge.

Hofmann, S. G., & Scepkowski, L. A. (2006). Social Self-Reappraisal Therapy for Social Phobia: Preliminary Findings. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(1), 45–57. <http://doi.org/10.1891/jcop.20.1.45>

Hofmann, S. G., & Smits, J. a. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621–632. <http://doi.org/10.4088/JCP.v69n0415>

Hofmann, S. G., Smits, J. a. J., Rosenfield, D., Simon, N., Otto, M. W., Meuret, A. E., ... Pollack, M. H. (2013). D-Cycloserine as an augmentation strategy with cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 170(7), 751–758. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070974>

Holliday, R. E., Brainerd, C. J., & Reyna, V. F. (2011). Developmental reversals in false memory: now you see them, now you don't! *Developmental Psychology*, 47(2),

442–449. <http://doi.org/10.1037/a0021058>

Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2012). *Terapia Cognitivo-Comportamental para Ansiedade Social Tratamentos que Funcionam: Guia do Terapeuta* (2nd ed.). Porto Alegre: Artmed.

Horry, R., Palmer, M. A., Sexton, M. L., & Brewer, N. (2012). Memory conformity for confidently recognized items: The power of social influence on memory reports. *Journal of Experimental Social Psychology*, 48(3), 783–786. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jesp.2011.12.010>

Howe, M. L., Garner, S. R., Charlesworth, M., & Knott, L. (2011). A brighter side to memory illusions: False memories prime children's and adults' insight-based problem solving. *Journal of Experimental Child Psychology*, 108(2), 383–393. <http://doi.org/10.1016/j.jecp.2010.08.012>

Howe, M. L., Toth, S. L., & Cicchetti, D. (2011). Can Maltreated Children Inhibit True and False Memories for Emotional Information? *Child Development*, 82(3), 967–981. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01585.x>

Huang, X., Li, C., Li, W. H., Luo, Y. L., Wang, B., Zhang, W., ... Ji, J. L. (2013). Clinical evaluation of the efficacy and safety of tandospirone versus sertraline monotherapy for social anxiety disorder: a randomized open-label trial. *Human Psychopharmacology*, 28(6), 594–9. <http://doi.org/10.1002/hup.2361>

Huff, M. J., & Hutchison, K. A. (2011). The effects of mediated word lists on false recall and recognition. *Memory & Cognition*, 39(6), 941–953. <http://doi.org/10.3758/s13421-011-0077-0>

Indovina, I., Robbins, T. W., Núñez-Elizalde, A. O., Dunn, B. D., & Bishop, S. J. (2011). Fear-Conditioning Mechanisms Associated with Trait Vulnerability to Anxiety in Humans. *Neuron*, 69(3), 563–571. <http://doi.org/10.1016/j.neuron.2010.12.034>

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(Suppl II), 96–101. <http://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600007>

Izquierdo, I., Bevilacqua, L. R. M., & Cammarota, M. (2006). A arte de esquecer. *Estudos Avançados*, 20(58), 289–296. <http://doi.org/10.1590/S0103-40142006000300024>

Jazaieri, H., Morrison, A. S., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2015). The role of emotion and emotion regulation in social anxiety disorder. *Current Psychiatry Reports*, 17(1), 531. <http://doi.org/10.1007/s11920-014-0531-3>

Johnson, M. K., Hashtroudi, S., & S., L. D. (1993). Source monitoring. *Psychological Bulletin*, 114(1), 3–28. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.114.1.3>

Jørstad-Stein, E. C., & Heimberg, R. G. (2009). Social Phobia: An Update on Treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 641–663. <http://doi.org/10.1016/j.psc.2009.05.003>

Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1301–1320. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003>

Kashdan, T. B., Goodman, F. R., Machell, K. A., Kleiman, E. M., Monfort, S. S., Ciarrochi, J., & Nezlek, J. B. (2014). A Contextual Approach to Experiential Avoidance and Social Anxiety: Evidence From an Experimental Interaction and Daily Interactions of People With Social Anxiety Disorder. *Emotion, 14*(4), 769–781. <http://doi.org/10.1037/a0035935>

Kessler, R. C., Gruber, M., Hettema, J. M., Hwang, I., Sampson, N., & Yonkers, K. A. (2008). Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychological Medicine, 38*(03), 365–74. <http://doi.org/10.1017/S0033291707002012>

Kinrys, G., & Wygant, L. E. (2005). Anxiety disorders in women: does gender matter to treatment? *Revista Brasileira de Psiquiatria, 27*, s43–s50. <http://doi.org/10.1590/S1516-44462005000600003>

Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Fehm, L., Stein, M. B., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2011). Social fear and social phobia types among community youth: differential clinical features and vulnerability factors. *Journal of Psychiatric Research, 45*(1), 111–120. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.05.002>

Kocovski, N. L., Fleming, J. E., Hawley, L. 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*(12), 889–898. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2013.10.007>

Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. *Psychiatric Annals, 32*(9), 509–521. <http://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(Sep), 606–613. <http://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Krohne, H. W., & Hock, M. (2011). Anxiety, coping strategies, and the processing of threatening information: Investigations with cognitive-experimental paradigms. *Personality and Individual Differences, 50*(7), 916–925. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2010.08.001>

Lazarov, A., Pine, D. S., & Bar-Haim, Y. (2017). Gaze-Contingent Music Reward Therapy for Social Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*. Retrieved from <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2016.16080894#.WKnlG7R1UcI.mendeley>

Levitán, M. N., Nascimento, I., Freire, R. C., Mezzasalma, M. A., & Nardi, A. E. (2008). Semantic equivalence of the Brazilian Portuguese Version of the Social Avoidance and Distress Scale (SADS). *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul, 30*(1), 49–58. <http://doi.org/10.1590/S0101-81082008000100011>

Liang, C. W., Hsu, W. Y., Hung, F. C., Wang, W. T., & Lin, C. H. (2011). Absence of a positive bias in social anxiety: The application of a directed forgetting paradigm. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*(2), 204–210. <http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.12.002>

Lindenau, J. D., & Guimarães, L. S. P. (2012). Calculando o tamanho de efeito

no SPSS Calculating the Effect Size in SPSS. *363 Rev HCPA*, 32(3). Retrieved from <http://seer.ufg.br/hcpa>

Lindsay, D. S., Allen, B. P., Chan, J. C. K., & Dahi, L. C. (2004). Eyewitness suggestibility and source similarity: Intrusions of details from one event into memory reports of another event. *Journal of Memory and Language*, 50(1), 96–111. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jml.2003.08.007>

Loftus, E. F., & Palmer, J. C. (1974). Reconstruction of automobile destruction: An example of the interaction between language and memory. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 13(5), 585–589. [http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5371\(74\)80011-3](http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5371(74)80011-3)

MacDuffie, K. E., Atkins, A. S., Flegal, K. R., Clark, C. M., & Reuter-Lorenz, P. A. (2012). Memory Distortion in Alzheimer's Disease: Deficient Monitoring of Short- and Long-Term Memory. *Neuropsychology*, 26(4), 509–516. <http://doi.org/10.1037/a0028684>

Macià Antón, D., Olivares-Olivares, P. J., & Amorós-Boix, M. (2012). Detección e intervención conductual-cognitiva en adultos-jóvenes con fobia social generalizada. *An. Psicol*, 19–27.

Makkar, S. R., & Grisham, J. R. (2011). Social anxiety and the effects of negative self-imagery on emotion, cognition, and post-event processing. *Behaviour Research and Therapy*, 49(10), 654–664. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2011.07.004>

Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5th ed.). Lisboa: ReportNumber.

McGeown, S. P., Gray, E. A., Robinson, J. L., & Dewhurst, S. A. (2014). What factors underlie children's susceptibility to semantic and phonological false memories? Investigating the roles of language skills and auditory short-term memory. *Cognition*, 131(3), 323–329. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.cognition.2014.02.005>

McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027–1035. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>

Mesri, B., Niles, A. N., Pittig, A., LeBeau, R. T., Haik, E., & Craske, M. G. (2017). Public speaking avoidance as a treatment moderator for social anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55, 66–72. <http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.11.010>

Miot, H. A. (n.d.). Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v10n4/v10n4a01.pdf>

Mitte, K. (2007). Comparando la eficacia de la terapia comportamental cognitiva y la psicofarmacológica en los trastornos de ansiedad generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(1), 69–74. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921832009>

Modini, M., & Abbott, M. J. (2017). Negative rumination in social anxiety: A randomised trial investigating the effects of a brief intervention on cognitive processes before, during and after a social situation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55, 73–80. <http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.12.002>

Mojardín-Heráldez, A. (2008). Origen y Manifestaciones de Las Falsas Memorias. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(1), 37–43. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v11n1/v11n1a04.pdf>

Montag, C., Reuter, M., Jurkiewicz, M., Markett, S., & Panksepp, J. (2013). Imaging the structure of the human anxious brain: a review of findings from neuroscientific personality psychology. *Reviews in the Neurosciences*, 24(2), 167–90. <http://doi.org/10.1515/revneuro-2012-0085>

Morgan, C. A., & Southwick, S. (2014). Perspective: I believe what I remember, but it may not be true. *Neurobiology of Learning and Memory*, 112, 101–103. <http://doi.org/10.1016/j.nlm.2013.12.011>

Morgan, J. (2010). Autobiographical memory biases in social anxiety. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 288–297. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.003>

Morrison, A. S., & Heimberg, R. G. (2013). Social Anxiety and Social Anxiety Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 249–274. <http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185631>

Moscovitch, D. A. (2009). What Is the Core Fear in Social Phobia? A New Model to Facilitate Individualized Case Conceptualization and Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2), 123–134. <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.04.002>

Moscovitch, D. A., Suvak, M. K., & Hofmann, S. G. (2010). Emotional response patterns during social threat in individuals with generalized social anxiety disorder and non-anxious controls. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(7), 785–791. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.05.013>

Nardi, A. E. (2000). *Transtorno de Ansiedade Social: Fobia Social a Timidez Patológica* (1st ed.). Rio de Janeiro: Medsi.

Nardi, A. E., Quevedo, J., & Silva, A. G. (2014). *Transtorno de Ansiedade Social: Teoria e Clínica*. Porto Alegre: Artmed.

Neufeld, C. B. (2011). Intervenções em grupos na abordagem cognitivo-comportamental. In Bernard Rangé (Ed.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (2nd ed., pp. pp. 737–750). Porto Alegre: Artmed.

Neufeld, C. B., Brust, P. G., & Stein, L. M. (2008). Adaptação de um método de investigação do impacto da emoção na memória. *Psico-USF*, 13(1), 21–29. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v13n1/v13n1a04.pdf>

Neufeld, C. B., Brust, P. G., & Stein, L. M. (2010). Compreendendo o fenômeno das falsas memórias: Falsas memórias: Fundamentos científicos e suas aplicações clínicas e jurídicas (pp. 21–41). Porto Alegre: Artmed.

Neufeld, C. B., Brust-Renck, P. G., Rocha, A. F., Sossella, M., & Rosa, F. H. (2013). Falsas memórias e diferenças individuais: um estudo sobre fatores de personalidade e qualidade da memória. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 26(2), 319–326. <http://doi.org/10.1590/S0102-79722013000200012>

Nie, N. H., Hull, C. H., & Bent, D. H. (2003). Statistical Package for Social Sciences (Versão 12.0). São Paulo: SPSS Inc.

Nortje, C., & Posthumus, T. (2012). Scores on an emotional Stroop task after treatment of social anxiety disorder. *Psychol Rep*, 111(2), 461–71.

Ohayon, M. M., & Schatzberg, A. F. (2010). Social phobia and depression:

Prevalence and comorbidity. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(3), 235–243. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.07.018>

Osório, F. L., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2007). A study of the discriminative validity of a screening tool (MINI-SPIN) for social anxiety disorder applied to Brazilian university students. *European Psychiatry*, 22(4), 239–243. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.01.003>

Osório, F. L., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2009). Cross-cultural validation of the Brazilian Portuguese version of the Social Phobia Inventory (SPIN): study of the items and internal consistency. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 25–29. <http://doi.org/10.1590/S1516-44462008005000018>

Osório, F. L., Mendes, A. V., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2009). Study of the discriminative validity of the phq-9 and phq-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(3), 216–227. <http://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x>

Osório, F. L., Vilela Mendes, A., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2009). Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(3), 216–227. <http://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x>

Palma, P. C. (2012). *Estudo sobre as implicações da ansiedade social nas falsas memórias*. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Retrieved from <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-08102012-214238/pt-br.php>

Papageorgiou, C., & Wells, A. (1999). Process and meta-cognitive dimensions of depressive and anxious thoughts and relationships with emotional intensity. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 156–162. [http://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199905\)6:2<156::AID-CPP196>3.0.CO;2-A](http://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<156::AID-CPP196>3.0.CO;2-A)

Payne, D. G., Elie, C. J., Blackwell, J. M., & Neuschatz, J. S. (1996). Memory Illusions: Recalling, Recognizing, and Recollecting Events that Never Occurred. *Journal of Memory and Language*, 35(2), 261–285. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1006/jmla.1996.0015>

Pergher, G. K., Grassi-Oliveira, R., Ávila, L. M., & Stein, L. M. (2006). Memória, humor e emoção. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 28(1), 61–68. <http://doi.org/10.1590/S0101-81082006000100008>

Picon, P., & Knijnik, D. Z. (2004). Fobia social. In *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica* (pp. 226–247). Porto Alegre: Artmed.

Raj, B. A., & Sheehan, D. V. (2001). Social anxiety disorder. *Medical Clinics of North America*, 85(3), 711–733. [http://doi.org/10.1016/S0025-7125\(05\)70337-0](http://doi.org/10.1016/S0025-7125(05)70337-0)

Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741–756. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9256517/>

Rapee, R. M., & Lim, L. (1992). Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(4), 728–31. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1430614>

Reyna, V. F., & Brainerd, C. J. (1995). Fuzzy-trace theory: Some foundational issues. *Learning and Individual Differences*, 7(2), 145–162. <http://doi.org/10.1016/1041->

6080(95)90028-4

Reyna, V. F., & Lloyd, F. (1997). Theories of false memory in children and adults. *Learning and Individual Differences*, 9(2), 95–123. [http://doi.org/10.1016/S1041-6080\(97\)90002-9](http://doi.org/10.1016/S1041-6080(97)90002-9)

Rodebaugh, T. L. (2009). Social phobia and perceived friendship quality. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 872–878. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.05.001>

Rodebaugh, T. L., Holoqay, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 883–908. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.07.007>

Rodebaugh, T. L., Levinson, C. A., Langer, J. K., Weeks, J. W., Heimberg, R. G., Brown, P. J., ... Liebowitz, M. R. (2017). The structure of vulnerabilities for social anxiety disorder. *Psychiatry Research*, 250, 297–301. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.073>

Rodrigues, E. P., & Albuquerque, P. B. (2007). Produção de memórias falsas com listas de associados: análise do efeito do nível de processamento e da natureza da prova de memória. *Psicologia Clínica*, 18(4), 113–131. <http://doi.org/10.1590/S0103-65642007000400008>

Roediger, H. L., & McDermott, K. B. (1995). Creating false memories: Remembering words not presented in lists. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 21(4), 803–814. <http://doi.org/10.1037/0278-7393.21.4.803>

Roediger, H. L., & McDermott, K. B. (2000). Tricks of Memory. *Current Directions in Psychological Science*, 9(4), 123–127. <http://doi.org/10.1111/1467-8721.00075>

Rosen, J. B., & Schulkin, J. (1998). From normal fear to pathological anxiety. *Psychological Review*, 105(2), 325–350. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9577241>

Rutherford, L. E., Dupaul, G. J., & Jitendra, A. K. (2008). Examining the relationship between treatment outcomes for academic achievement and social skills in school-age children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools*, 45(2), 145–157. <http://doi.org/10.1002/pits.20283>

Sanford, L. C., & Fisk, J. E. (2009). How does the extraversion personality trait influence false recall with the Deese-Roediger-McDermott (DRM) paradigm? *Journal of Research in Personality*, 43(6), 972–977. <http://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.05.011>

Santos Filho, A. (2010). *Espectro do transtorno de ansiedade social: estudo de suas comorbidades psiquiátricas e associação com o prolapso de valva mitral*. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Santos, L. F., Osório, F. L., Loureiro, S. R., Hallak, J. E. C., & Crippa, J. A. S. (2011). Tratamentos farmacológicos para o transtorno de ansiedade social: existem novos parâmetros na atualidade? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(6), 238–246. <http://doi.org/10.1590/S0101-60832011000600005>

Santos, R. F., Silveira, R. A. T., Gomes, C. F. A., & Stein, L. M. (2009). Normas de emocionalidade para a versão brasileira do paradigma Deese-Roediger-McDermott (DRM). *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 25(3), 387–394. <http://doi.org/10.1590/S0102->

37722009000300012

Scaini, S., Belotti, R., & Ogliari, A. (2014). Genetic and environmental contributions to social anxiety across different ages: a meta-analytic approach to twin data. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(7), 650–656. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.07.002>

Schacter, D. L., Verfaellie, M., & Pradere, D. (1996). The Neuropsychology of Memory Illusions: False Recall and Recognition in Amnesic Patients. *Journal of Memory and Language*, 35(2), 319–334. <http://doi.org/10.1006/jmla.1996.0018>

Schneier, F. R., Foose, T. E., Hasin, D. S., Heimberg, R. G., Liu, S.-M., Grant, B. F., & Blanco, C. (2010). Social anxiety disorder and alcohol use disorder co-morbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 40(06), 977–988. <http://doi.org/10.1017/S0033291709991231>

Schneier, F. R., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Blanco, C., & Gorenstein, L. A. (2012). Social anxiety and functional impairment in patients seeking surgical evaluation for hyperhidrosis. *Comprehensive Psychiatry*, 53(8), 1181–1186. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.04.009>

Simple, R. J., Lee, J., Rosa, D., & Miller, L. F. (2010). A Randomized Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children: Promoting Mindful Attention to Enhance Social-Emotional Resiliency in Children. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 218–229. Retrieved from <http://connection.ebscohost.com/c/articles/48537019/randomized-trial-mindfulness-based-cognitive-therapy-children-promoting-mindful-attention-enhance-social-emotional-resiliency-children>

Shin, L. M., & Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 169–191. <http://doi.org/10.1038/npp.2009.83>

Silva, A. C. O., & Nardi, A. E. (2009). Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira da Fear of Negative Evaluation Scale (FNE). *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 31(3). <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082009000300005>

Sousa, C. S. G. R. (2009). A ansiedade social no jovem adulto: Sua relação com os estilos parentais e com a vinculação na infância.

Spence, S. H., & Rapee, R. M. (2016). The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 50–67. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2016.06.007>

Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 282(18), 1737–1744. <http://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>

Stadler, M. A., Roediger, H. L., & McDermott, K. B. (1999). Norms for word lists that create false memories. *Memory & Cognition*, 27(3), 494–500. <http://doi.org/10.3758/BF03211543>

Stein, L. M., Feix, L. F., & Rohenkohl, G. (2006). Avanços metodológicos no estudo das falsas memórias: construção e normatização do procedimento de palavras associadas. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 19(2), 166–176.

<http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722006000200002>

Stein, L. M., & Gomes, C. F. A. (2009). Normas brasileiras para listas de palavras associadas: associação semântica, concretude, frequência e emocionalidade. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 25(4), 537–546. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000400009>

Stein, L. M., & Neufeld, C. B. (2001). Falsas Memórias: Porque Lembramos De Coisas Que Não Aconteceram? *Arquivos de Ciências Da Saúde Da UNIPAR*, 5(2), 179–186.

Stein, M. B., Chavira, D. J. F., & Jang, K. L. (2001). Bringing up bashful baby. Developmental pathways to social phobia. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(4), 661–675. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11723626>

Stein, M. B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 58(3), 251–6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11231832>

Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2000). Disability and Quality of Life in Social Phobia: Epidemiologic Findings. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1606–1613. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1606>

Sternberg, R. J. (2000). *Psicologia Cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Storbeck, J., & Clore, G. L. (2011). Affect influences false memories at encoding: evidence from recognition data. *Emotion*, 11(4), 981–989. <http://doi.org/10.1037/a0022754>.

Swannell, E. R., & Dewhurst, S. A. (2012). Phonological false memories in children and adults: Evidence for a developmental reversal. *Journal of Memory and Language*, 66(2), 376–383. <http://doi.org/10.1016/j.jml.2011.11.003>

Tefikow, S., Barth, J., Trelle, S., Strauss, B. M., & Rosendahl, J. (2012). Psychological interventions for acute pain after open heart surgery. In S. Tefikow (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD009984>

Tobon, J. I., Ouimet, A. J., & Dozois, D. J. A. (2011). Attentional Bias in Anxiety Disorders Following Cognitive Behavioral Treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(2), 114–129. <http://doi.org/10.1891/0889-8391.25.2.114>

Toffalini, E., Mirandola, C., Coli, T., & Cornoldi, C. (2015). High trait anxiety increases inferential false memories for negative (but not positive) emotional events. *Personality and Individual Differences*, 75, 201–204. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.029>

Van Damme, I., & D’Ydewalle, G. (2009). Implicit false memory in the DRM paradigm: effects of amnesia, encoding instructions, and encoding duration. *Neuropsychology*, 23(5), 635–648. <http://doi.org/10.1037/a0016017>

Vriends, N., Meral, Y., Bargas-Avila, J. A., Stadler, C., & Bögels, S. M. (2017). How do I look? Self-focused attention during a video chat of women with social anxiety (disorder). *Behaviour Research and Therapy*, 92, 77–86. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2017.02.008>

Wancata, J., Fridl, M., & Friedrich, F. (2009). Social phobia: epidemiology and health care epidemiologie and versorgung der sozialphobie. *Psychiatria Danubina*, 21(4), 520–524.

Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(4), 448–457.

Wells, A., Clark, D. M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A., & Gelder, M. (2016). Social Phobia: The Role of In-Situation Safety Behaviors in Maintaining Anxiety and Negative Beliefs – Republished Article. *Behavior Therapy*, 47(5), 669–674. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2016.08.010>

Wild, J., & Clark, D. M. (2011). Imagery Rescripting of Early Traumatic Memories in Social Phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 433–443. <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.03.002>

Wild, J., Hackmann, A., & Clark, D. M. (2008). Rescripting Early Memories Linked to Negative Images in Social Phobia: A Pilot Study. *Behavior Therapy*, 39(1), 47–56. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2007.04.003>

Winograd, E., Glover, T. A., & Peluso, J. P. (1998). Individual Differences in Susceptibility to Memory Illusions. *Applied Cognitive Psychology*, 12(7), 5–27. [http://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0720\(199812\)12:73.0.CO;2-D](http://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0720(199812)12:73.0.CO;2-D)

Wittchen, H. U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N., & Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia--findings from a controlled study. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 14(3), 118–31. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10572336>

Wittes, J., & Brittain, E. (n.d.). The role of internal pilot studies in increasing the efficiency of clinical trials. *Statistics in Medicine*, 9(1-2), 65–71; discussion 71–2. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2345839>

Wright, D. B., London, K., & Waechter, M. (2010). Social anxiety moderates memory conformity in adolescents. *Applied Cognitive Psychology*, 24(7), 1034–1045. <http://doi.org/10.1002/acp.1604>

Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2013). Randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for comorbid anxiety and depression in older adults. *Behaviour Research and Therapy*, 51(12), 779–786. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2013.09.002>

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de grupo teoria e prática*. Artmed.

Zhu, B., Chen, C., Loftus, E. F., Lin, C., He, Q., Chen, C., ... Dong, Q. (2010). Individual differences in false memory from misinformation: Cognitive factors. *Memory*, 18(5), 543–555. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2010.02.016>

APÊNDICES
APÊNDICE A – DELINEAMENTO DA PESQUISA

	Grupo de Portadores de TAS		Grupos de Comparação – Com TAS	Grupos de Comparação – Sem TAS
Fase 1	1ª sessão experimental	Testes de gravidade dos sintomas	Testes de gravidade dos sintomas	Testes de gravidade dos sintomas
	2ª sessão experimental	Testagem da Qualidade de memória	Testagem da Qualidade de memória	Testagem da Qualidade de memória
Fase 2	Intervenção em TCCG		X	X
Fase 3	3ª sessão experimental	Testes de gravidade dos sintomas	Testes de gravidade dos sintomas	Testes de gravidade dos sintomas
	4ª sessão experimental	Testagem da Qualidade de memória	Testagem da Qualidade de memória	Testagem da Qualidade de memória

APÊNDICE B–TERMO DE CONSENTIMENTO I

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO
PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
LaPICC – LABORATÓRIO DE PESQUISA E INTERVENÇÃO COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Efeito de diferentes intervenções cognitivo-comportamentais para ansiedade social sobre a memória, a atenção e a resposta galvânica da pele” do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC). Esta pesquisa tem como objetivo principal avaliar o efeito de diferentes intervenções cognitivo-comportamentais para o Transtorno de Ansiedade Social (TAS) sobre o viés atencional, (uma espécie de tendência que ocorre ao processarmos as informações do ambiente); a performance de memória; a resposta galvânica da pele (atividade das glândulas que produzem suor nas palmas das mãos, sendo um indicador de ansiedade e situações de estresse); e diferentes escores de ansiedade e depressão.

A pesquisa será conduzida pelas psicólogas e doutorandas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Kátia Alessandra de Souza Caetano (CRP 06/108338) e Priscila de Camargo Palma (CRP 08/15581), e será orientada pela Prof^a Dr^a Carmem Beatriz Neufeld (CRP 06/93723), professora e pesquisadora da mesma faculdade.

A pesquisa abrange dois tipos de intervenções: a Terapia Cognitiva Processual (TCP) e a Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo (TCCG), ambas duas modalidades da abordagem cognitivo-comportamental. Haverá três grupos de estudo destinados para os participantes que apresentarem sintomas de Transtorno de Ansiedade Social: o da intervenção em TCP; o da intervenção em TCCG; e o da intervenção postergada, que será aquele que receberá tratamento ao final do estudo. A divisão destes participantes entre os três grupos será realizada de forma aleatória, sendo definida através de sorteio. Portanto, ao participar dessa pesquisa e caso preencha os critérios para o diagnóstico de TAS, você poderá ser sorteado para a intervenção em TCP, em TCCG ou ainda para o grupo sem intervenção inicial, mas que posteriormente receberá tratamento, caso seja do seu interesse. Haverá ainda um grupo que será formado pelos participantes sem diagnóstico de TAS, e que, portanto, não receberá intervenção.

Os procedimentos dessa pesquisa envolverão 20 encontros, sendo 16 encontros clínicos com duração aproximada de 60 minutos cada, e 4 encontros relativos a testagem, onde você responderá a diferentes questionários psicológicos, e a testes sobre a forma como processamos as informações do ambiente, performance de memória e resposta galvânica da pele (atividade das glândulas que produzem suor nas palmas das mãos e que permite avaliar ansiedade e estresse), com duração aproximada de 1 hora cada.

Após responder à primeira testagem, será possível avaliar se você preenche os critérios para diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social (TAS). Caso isso ocorra, realizaremos um sorteio onde será definido o grupo da pesquisa que você participará: o de TCP, o de TCCG ou a intervenção postergada (os participantes sorteados para este grupo poderão receber tratamento após o final do estudo – aproximadamente 4 a 6 meses

– sendo novamente avaliados após o término da intervenção). Caso você apresente indicativo de outros transtornos mentais, não poderá participar do estudo, uma vez que este objetiva avaliar o Transtorno de Ansiedade Social em específico. Neste caso, se for do seu interesse, o encaminharemos para o Centro de Psicologia Aplicada desta faculdade para receber atendimento clínico. Por fim, se após responder à primeira testagem você não preencher os critérios diagnósticos para TAS e também não apresentar indicativo de outros transtornos mentais, será solicitado para participar somente dos demais encontros relativos à testagem (mais 3 encontros no total).

Os encontros clínicos serão áudio e/ou vídeo gravados para auxiliar na análise posterior dos dados. Todas as informações reunidas serão utilizadas apenas com fins de pesquisa e sua identidade será sempre mantida em sigilo, sobretudo na divulgação ou publicação dos resultados. Caso você autorize, seus dados serão armazenados em um banco de dados e poderão ser utilizados em pesquisas futuras. O termo de aceite deste banco de dados encontra-se em anexo. Sua participação é voluntária e não haverá nenhuma remuneração.

Não há riscos previsíveis em participar desta pesquisa, e os benefícios envolvem a participação em um programa de intervenção na abordagem cognitivo-comportamental. Ao participar da pesquisa (independente de receber ou não intervenção), você poderá contribuir ainda para o desenvolvimento do tratamento psicoterápico para o TAS. Espera-se ainda com esse projeto contribuir para o aprimoramento de práticas clínicas na abordagem cognitivo-comportamental.

Caso você tenha qualquer dúvida ou se sinta incomodado de alguma maneira, poderá conversar com as pesquisadoras ou supervisora da pesquisa, que lhe fornecerá as informações e auxílios necessários. Caso não queira continuar, poderá retirar seu consentimento, não havendo quaisquer prejuízos ao fazê-lo. Caso não deseje participar da pesquisa, sinta-se à vontade para não assinar esse termo. Cabe ressaltar que somente poderão fazer parte dessa pesquisa aqueles (as) que assinarem esse documento. Uma via deste documento será entregue a você e outra com igual teor ficará com as pesquisadoras responsáveis.

Você poderá solicitar maiores informações no momento da coleta dos dados ou em qualquer fase da pesquisa, e também por meio dos contatos: (16) 98155 6531 ou katiaufu@yahoo.com.br (Kátia Alessandra de Souza Caetano); (16) 99737 7054 ou pripalma@gmail.com (Priscila de Camargo Palma); ou ainda (16) 3602 3724 ou (Prof.^a Dr.^a Carmem Beatriz Neufeld). Você pode ainda solicitar maiores esclarecimentos sobre questões éticas da pesquisa através do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto, cujo contato encontra-se na nota de rodapé abaixo.

Atenciosamente,

Me. Kátia Alessandra de Souza Caetano
Doutoranda e Pesquisadora do LaPICC
(CRP 06/108338)

Me. Priscila de Camargo Palma
Doutoranda e Pesquisadora do LaPICC
(CRP 08/15581)

Prof.^a Dr.^a Carmem Beatriz Neufeld
Professora Orientadora
(CRP 06/93723)

Eu, _____ (nome legível), declaro que fui informado dos objetivos e procedimentos do trabalho acima de maneira clara e detalhada, e autorizo realização do mesmo. Declaro que possuo cópia do Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido que ora aceito. Sei que a qualquer momento posso revogar este Aceite, sem a necessidade de prestar qualquer informação adicional.

Assinatura do (a) Participante

____/____/____
Data

APÊNDICE C– TERMO DE CONSENTIMENTO II

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA LaPICC – LABORATÓRIO DE PESQUISA E INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para inserção dos dados da pesquisa em banco.

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Efeito de diferentes intervenções cognitivo-comportamentais para ansiedade social sobre a memória, a atenção e a resposta galvânica da pele”. Como já mencionado no termo de consentimento informado, livre e esclarecido apresentado anteriormente, a pesquisa será conduzida pelas psicólogas e doutorandas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Kátia Alessandra de Souza Caetano (CRP 06/108338) e Priscila de Camargo Palma (CRP 08/15581), e será orientada pela Prof.^a Dr.^a Carmem Beatriz Neufeld (CRP 06/93723), professora e pesquisadora da mesma faculdade.

Todos os dados coletados na presente pesquisa serão armazenados em um banco de dados digital, que será criado para armazenar e permitir a análise das respostas dos participantes. Este banco de dados também permite que futuras pesquisas possam ser realizadas com as informações armazenadas, gerando novos conhecimentos que podem auxiliar no aprimoramento de práticas na abordagem cognitivo-comportamental.

Pedimos sua autorização para armazenar seus dados nesse banco. Asseguramos que todas as informações prestadas por você que serão armazenadas são estritamente confidenciais. Os questionários de pesquisa serão identificados com um código. Qualquer publicação utilizando os dados obtidos não incluirá nomes ou informações que possa identificá-lo.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa ficarão disponíveis neste banco de dados para futuras pesquisas. Seu anonimato será garantido em quaisquer pesquisas e publicações envolvendo tais informações. É importante salientar que a responsável por este banco de dados é a Prof.^a Dr.^a Carmem Beatriz Neufeld (CRP 06/93723), professora e pesquisadora do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto.

Mesmo que não deseje autorizar o armazenamento de seus dados no banco de dados, você poderá participar desta pesquisa, sendo a autorização deste termo independente de sua participação no estudo. Além disso, você poderá retirar seu consentimento em qualquer etapa do trabalho, não havendo qualquer prejuízo a você.

Você poderá solicitar maiores informações no momento da coleta dos dados ou em qualquer fase da pesquisa, e também por meio dos contatos: (16) 98155 6531 ou katiaufu@yahoo.com.br (Kátia Alessandra de Souza Caetano); (16) 99737 7054 ou pripalma@gmail.com (Priscila de Camargo Palma); ou ainda (16) 3602 3724 ou (Prof.^a Dr.^a Carmem Beatriz Neufeld). Você pode ainda solicitar maiores esclarecimentos sobre questões éticas da pesquisa através do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de

Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto, cujo contato encontra-se na nota de rodapé abaixo.

Atenciosamente,

Me. Kátia Alessandra de Souza Caetano
Doutoranda e Pesquisadora do LaPICC
(CRP 06/108338)

Me. Priscila de Camargo Palma
Doutoranda e Pesquisadora do LaPICC
(CRP 08/15581)

Prof.^a Dr.^a Carmem Beatriz Neufeld
Professora Orientadora
(CRP 06/93723)

Eu, _____ (nome legível), declaro que fui informado dos objetivos e procedimentos do trabalho. Autorizo o armazenamento de meus dados em um banco de dados e autorizo sua utilização em futuras pesquisas, desde que garantido o sigilo dos mesmos. Declaro que possuo cópia do Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido que ora aceito. Sei que a qualquer momento posso revogar este Aceite, sem a necessidade de prestar qualquer informação adicional.

☐

Gostaria de ser avisado todas as vezes que meus dados forem utilizados em futuras pesquisas.

☐

Não gostaria de ser avisado quando meus dados forem utilizados em futuras pesquisas.

Assinatura do (a) Participante

Data

____/____/____

APÊNDICE D– SÍNTESE DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO

Tabela 1: Síntese do programa de intervenção

1 ^a e 2 ^a sessão	Psicoeducação: Funcionamento da ansiedade social / Aspectos relativos aos comportamentos de evitação e esquiva / TCCG e contrato terapêutico
3 ^a sessão	Primeira exposição em sessão - Vídeo sobre o funcionamento da ansiedade
4 ^a sessão	Vídeo feedback
5 ^a sessão	Segunda exposição em sessão - Vídeo sobre a própria rotina
6 ^a sessão	Vídeo feedback
7 ^a sessão	Terceira exposição em sessão - Vídeo sobre o uma situação embaraçosa
8 ^a sessão	Vídeo feedback
9 ^a sessão	Vídeo sobre ansiedade com uma pessoa externa ao grupo em sessão
10 ^a sessão	Vídeo feedback
11 ^a sessão	Reestruturação cognitiva
12 ^a a 15 ^a sessão	Reestruturação cognitiva Preparo e planejamento para exposições rotineiras ao longo da semana
16 ^a sessão	Prevenção de recaída e finalização

APÊNDICE E– ADAPTAÇÃO DA LISTA DE EXEMPLOS DE EXPOSIÇÕES

Adaptação da lista de exemplos de exposições

Lista Original

- Perguntar à algumas pessoas (ex: 10 pessoas em meia hora) num local específico, onde será perguntando onde fica o local. Ex: Em frente ao Parque Fenway e dizer: Por favor, eu estou procurando a o Paque Fenway.
- Encomendar um sanduíche para viagem e então dizer caixa que você não pode comprar pois não tem dinheiro suficiente. Dizer “Eu esqueci minha carteira” e então sair do local.
- Pedir um café em um bar e quando for entregue, você diz “isso é descafeinado? Eu gostaria descafeinado”.
- Peça uma pizza, e “acidentalmente” deixe cair no chão e peca um novo. Diga “caiu no chão, será que eu poderia ganhar um novo? Por favor?”
- Ir a um hotel e reservar um quarto. Após isso, caminhe para fora e imediatamente volte e cancele o quarto, dizendo que você mudou de ideia.
- Ir a uma locadora de vídeo e alugar um DVD. Ir para fora da locadora e voltar imediatamente e requerer a devolução, dizendo “Eu esqueci que eu não tenho um aparelho de DVD”
- Ficar num terminar de ônibus e cantar em voz alta God Bless America por 30 minutos.
- Perguntar a uma farmacêutica sobre preservativos. Quando ela trouxer, pergunte “esse é o menor tamanho que você tem? ”
- Ir até alguns homens sentados numa mesa lotada em um restaurante e perguntar: “Você é Carl Smith?”
- Ir a uma livraria e perguntar ao balconista: “com licença, onde eu posso encontrar algum livro sobre indisposição intestinal”.
- Perguntar a um balconista da livraria a respeito de dois livros: o Kama Sutra e A alegria do Sexo. Perguntar ao balconista qual ele recomendaria.
- Comprar um livro e imediatamente retornar porque você mudou de ideia.
- Peça a um balconista numa livraria a respeito de sua opinião sobre um best-seller. Pergunte: “o que você gosta sobre este livro, e quantas cópias você já vendeu?”. Após isso, não o compre, dizendo “obrigada, vou pensar sobre isso”.
- Perguntar a um balconista numa livraria sobre um livro de 1 ano atrás, e perguntar a ele quantos filhos ele tem, quantos anos ele tem, qual escolas eles estudam e qual sua cor favorita.
- Ir a uma loja 24horas, comprar uma revista de mulheres nuas, e pedir ao balconista: “tem alguma outra revista de homens nus também? ” Esperar a resposta e colocar a revista de volta na prateleira.
- Vista sua camisa do avesso, abotoada incorretamente, e vá a uma loja lotada. Olhe para 3 pessoas nos olhos.
- Caminhe para trás lentamente em uma rua lotada por 3 min.

Lista adequada para população Brasileira

- Perguntar a 10 pessoas num local específico, onde fica o local. Ex: Parar na rua Barão do Amazonas e pergunta: Por favor, eu estou procurando a rua Barão do Amazonas.
- Pedir um salgado pronto e antes de ser servido, dizer: “Eu esqueci minha carteira” e então sair do local.
- Ir a um hotel e reservar um quarto. Após isso, caminhe para fora e imediatamente volte e cancele o quarto, dizendo que você mudou de ideia.
- Ir a uma locadora de vídeo e alugar um DVD. Ir para fora da locadora e voltar imediatamente e requerer a devolução, dizendo “Eu esqueci meu aparelho de DVD está quebrado”
- Ficar num terminar de ônibus e cantar uma música por 30 minutos.
- Perguntar a uma farmacêutica sobre preservativos. Quando ela trouxer, pergunte “esse é o menor tamanho que você tem? ”
- Ir até alguns homens sentados numa mesa lotada em um restaurante e perguntar: “Você é o Cesar? ”
- Ir a uma livraria e perguntar ao balconista: “com licença, onde eu posso encontrar algum livro sobre indisposição intestinal”.
- Comprar um livro e imediatamente retornar porque você mudou de ideia.
- Peça a um balconista numa livraria sua opinião sobre um best-seller. Pergunte: “o que você gosta sobre este livro, e quantas cópias você já vendeu? ”. Após isso, não o compre, dizendo “obrigada, vou pensar sobre isso”.
- Vista sua camisa do avesso, abotoada incorretamente, e vá a uma loja lotada. Olhe para 3 pessoas nos olhos.
- Caminhe para trás lentamente em uma rua lotada por 3 min.
- Use um nariz de palhaço e ande por 3 min no shopping.

APÊNDICE F– CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Caracterização geral dos participantes da pesquisa com relação aos dados sociodemográficos

Participante	Condição	Sexo	Idade	Escolaridade	Trabalho	Uso de medicação	Tempo de uso (meses)	Diagnóstico de TAS prévio	Comorbidades
1	Intervenção em TCCG	Feminino	33	Ensino superior incompleto	Sim	Não		Não	Sem comorbidade
2	Intervenção em TCCG	Feminino	24	Ensino superior incompleto	Sim	Não		Sim	T. de Ansiedade
3	Intervenção em TCCG	Feminino	31	Ensino superior incompleto	Sim	Não		Não	Sem comorbidade
4	Intervenção em TCCG	Feminino	36	Ensino superior	Sim	Não		Não	Depressão
5	Intervenção em TCCG	Masculino	34	Ensino superior	Sim	Não		Não	Sem comorbidade
6	Intervenção em TCCG	Masculino	24	Ensino superior	Sim	Não		Não	Sem comorbidade
7	Intervenção em TCCG	Masculino	22	Ensino superior	Não	Sim	3 Meses	Sim	Depressão
8	Intervenção em TCCG	Masculino	36	Ensino superior	Não	Sim	2 anos	Não	Depressão
9	Intervenção em TCCG	Feminino	28	Ensino superior	Sim	Não		Não	Sem comorbidade
10	Intervenção em TCCG	Feminino	33	Ensino médio	Sim	Não		Não	Sem comorbidade

11	Intervenção em TCCG	Masculino	21	Ensino superior incompleto	Sim	Não		Sim	T. de Ansiedade e Depressão
12	Intervenção em TCCG	Masculino	22	Ensino superior incompleto	Não	Não		Não	Sem comorbidade
13	Intervenção em TCCG	Feminino	33	Ensino superior	Sim	Não		Não	Depressão
14	Intervenção em TCCG	Masculino	25	Ensino médio	Não	Não		Não	Depressão
15	Intervenção em TCCG	Masculino	28	Ensino superior	Não	Não		Não	Depressão
16	Intervenção em TCCG	Masculino	30	Ensino superior	Sim	Sim	6 meses	Sim	Depressão
17	Intervenção em TCCG	Feminino	27	Ensino superior incompleto	Sim	Sim	1 ano	Não	Depressão e Uso de substância
18	Intervenção em TCCG	Feminino	32	Ensino superior	Sim	Não		Sim	T. de Ansiedade e Depressão
19	Intervenção em TCCG	Masculino	34	Ensino superior	Sim	Não		Não	T. de Ansiedade
20	Lista de Espera	Feminino	36	Ensino médio	Não	Sim	1 ano	Não	Depressão
21	Lista de Espera	Masculino	29	Ensino superior incompleto	Não	Não		Não	Depressão e Uso de substância
22	Lista de Espera	Feminino	25	Ensino médio	Sim	Não		Não	Depressão
23	Lista de Espera	Masculino	28	Ensino médio	Não	Sim	1 ano	Não	Sem comorbidade

24	Lista de Espera	Masculino	33	Ensino superior incompleto	Sim	Não		Não	Depressão
25	Lista de Espera	Feminino	20	Ensino superior	Sim	Não		Não	Depressão
26	Lista de Espera	Masculino	24	Ensino superior incompleto	Não	Não		Não	T. de Ansiedade
27	Lista de Espera	Feminino	40	Ensino médio	Sim	Não		Não	T. de Ansiedade
28	Lista de Espera	Feminino	42	Ensino superior	Sim	Não		Não	T. de Ansiedade e Depressão
29	Lista de Espera	Feminino	31	Ensino superior	Sim	Não		Não	Depressão
30	Lista de Espera	Masculino	31	Ensino superior	Sim	Não		Não	Sem comorbidade
31	Lista de Espera	Feminino	35	Ensino superior incompleto	Não	Não		Não	T. de Ansiedade e Depressão
32	Lista de Espera	Feminino	32	Ensino superior	Não	Não		Não	T. de Ansiedade e Depressão
33	Lista de Espera	Feminino	24	Ensino superior	Não	Não		Não	Sem comorbidade
34	Lista de Espera	Feminino	33	Ensino superior	Sim	Não		Não	T. de Ansiedade
35	Lista de Espera	Feminino	31	Ensino médio	Sim	Não		Não	Sem comorbidade
36	Lista de Espera	Masculino	33	Ensino superior incompleto	Sim	Não		Sim	Sem comorbidade

37	Lista de Espera	Feminino	38	Ensino superior	Sim	Não		Não	T. de Ansiedade e Depressão
38	Lista de Espera	Feminino	31	Ensino superior	Sim	Não		Não	T. de Ansiedade e Depressão
39	Lista de Espera	Feminino	27	Ensino superior	Sim	Não		Não	T. de Ansiedade
40	Grupo de comparação	Masculino	29	Ensino superior	Sim	Não		Não	Sem comorbidade
41	Grupo de comparação	Masculino	29	Ensino superior	Sim	Não		Não	Sem comorbidade
42	Grupo de comparação	Feminino	25	Ensino superior	Sim	Não		Não	Sem comorbidade
43	Grupo de comparação	Feminino	34	Ensino superior	Sim	Não		Não	Sem comorbidade
44	Grupo de comparação	Masculino	31	Ensino superior	Sim	Não		Não	Sem comorbidade
45	Grupo de comparação	Feminino	33	Ensino superior	Sim	Não		Não	Sem comorbidade
46	Grupo de comparação	Feminino	28	Ensino superior	Sim	Não		Não	Sem comorbidade
47	Grupo de comparação	Feminino	23	Ensino superior	Sim	Não		Não	Sem comorbidade
48	Grupo de comparação	Feminino	26	Ensino superior	Sim	Não		Não	Sem comorbidade
49	Grupo de comparação	Feminino	23	Ensino superior	Sim	Não		Não	Sem comorbidade
50	Grupo de comparação	Masculino	23	Ensino superior incompleto	Sim	Não		Não	Sem comorbidade

51	Grupo de comparação	Masculino	31	Ensino superior	Sim	Não		Não	Sem comorbidade
52	Grupo de comparação	Masculino	25	Ensino superior	Sim	Não		Não	Sem comorbidade
53	Grupo de comparação	Feminino	22	Ensino médio	Sim	Não		Não	Sem comorbidade
54	Grupo de comparação	Feminino	30	Ensino superior	Sim	Não		Não	Sem comorbidade
55	Grupo de comparação	Feminino	28	Ensino superior	Sim	Não		Não	Sem comorbidade
56	Grupo de comparação	Feminino	31	Ensino superior	Sim	Não		Não	Sem comorbidade
57	Grupo de comparação	Feminino	22	Ensino superior incompleto	Não	Não		Não	Sem comorbidade
58	Grupo de comparação	Feminino	29	Ensino superior	Sim	Não		Não	Sem comorbidade

APÊNDICE G– CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES – VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS

Caracterização geral dos participantes da pesquisa com relação às variáveis psicológicas relacionada a gravidade dos sintomas

Participante	Condição	Pré-teste							Pós-Teste						
		SPIN	BAI	FNE	SADS	PHQ-9	SRQ-20	BDI	SPIN	BAI	FNE	SADS	PHQ-9	SRQ-20	BDI
1	Intervenção em TCCG	38	6	18	26	9	9	6	2	0	7	7	2	1	2
2	Intervenção em TCCG	29	19	18	4	4	8	4	8	6	7	2	4	4	3
3	Intervenção em TCCG	34	14	28	25	8	4	10	21	7	10	15	3	3	8
4	Intervenção em TCCG	46	19	27	28	13	12	16	39	21	27	28	10	9	17
5	Intervenção em TCCG	59	51	29	28	22	17	26	19	10	28	25	3	0	2
6	Intervenção em TCCG	50	17	30	28	7	11	22	15	5	13	13	3	4	6
7	Intervenção em TCCG	48	43	25	24	25	19	29	18	7	23	20	1	1	6
8	Intervenção em TCCG	54	20	29	27	25	19	38	27	17	27	23	11	11	15
9	Intervenção em TCCG	26	8	21	8	1	1	3	23	6	11	2	0	0	0
10	Intervenção em TCCG	46	31	29	27	25	17	35	10	2	11	8	1	1	1
11	Intervenção em TCCG	49	35	28	27	26	27	35	11	12	10	8	8	5	6
12	Intervenção em TCCG	53	15	28	16	8	7	10	15	5	27	5	0	1	1
13	Intervenção em TCCG	53	29	30	28	11	13	22	17	4	14	1	1	2	1
14	Intervenção em TCCG	53	47	27	28	18	13	18	7	0			0	0	0
15	Intervenção em TCCG	50	26	30	27	18	15	37	22	6	28	17	8	11	11

16	Intervenção em TCCG	55	35	29	27	23	19	34	24	6	23	9	0	4	8
17	Intervenção em TCCG	43	22	30	23	8	11	20	18	1	21	6	2	0	2
18	Intervenção em TCCG	46	18	28	27	18	14	20	32	15	25	27	17	11	16
19	Intervenção em TCCG	51	12	27	28	5	13	12	27	5	17	22	5	6	9
20	Lista de Espera	44	17	29	27	9	8	20	42	24	29	26	11	6	23
21	Lista de Espera	47	27	27	26	13	12	21	39	4	27	26	20	16	27
22	Lista de Espera	45	8	29	22	10	8	10	35	5	28	24	4	2	4
23	Lista de Espera	30	16	29	26	8	11	10	26	9	26	13	0	0	0
24	Lista de Espera	34	32	12	26	24	16	33	28	15	10	24	19	16	31
25	Lista de Espera	38	15	16	12	16	12	27	32	20	16	14	9	8	28
26	Lista de Espera	42	17	28	27	12	9	19	53	26	29	28	22	18	33
27	Lista de Espera	39	11	26	15	8	9	17	35	15	25	15	5	7	15
28	Lista de Espera	48	27	29	27	14	11	22	36	20	16	14	9	8	13
29	Lista de Espera	59	23	28	26	13	13	29	66	37	28	28	18	15	28
30	Lista de Espera	49	7	30	28	4	4	0	58	0	23	28	4	3	0
31	Lista de Espera	51	28	30	28	13	9	25	53	19	30	28	16	8	15
32	Lista de Espera	44	12	29	16	13	9	17	35	11	38	3	14	8	15
33	Lista de Espera	27	14	20	8	3	7	14	17	6	11	7	1	4	4
34	Lista de Espera	54	48	30	27	8	13	15	42	18	30	25	19	12	21
35	Lista de Espera	35	8	21	10	7	8	11	43	9	29	25	8	13	19

36	Lista de Espera	45	12	24	25	8	8	6	36	11	26	12	6	6	5
37	Lista de Espera	29	12	25	11	13	9	20	22	4	20	8	7	5	15
38	Lista de Espera	51	26	28	25	11	14	21	52	39	30	27	18	17	18
39	Lista de Espera	39	11	21	17	7	9	8	31	22	19	13	14	8	7
40	Grupo de comparação	4	0	17	0	2	2	1	2	7	7	0	4	5	2
41	Grupo de comparação	4	1	6	0	3	2	6	2	2	6	2	2	1	5
42	Grupo de comparação	9	1	17	2	3	2	0	6	0	8	1	0	0	0
43	Grupo de comparação	16	1	15	4	2	0	3	16	0	23	10	1	0	0
44	Grupo de comparação	10	5	7	7	3	1	5	10	5	7	7	3	1	5
45	Grupo de comparação	4	3	16	7	1	2	3	9	2	15	11	2	4	5
46	Grupo de comparação	1	0	4	1	1	0	0	5	8	15	2	3	4	3
47	Grupo de comparação	16	6	20	8	5	6	10	17	17	12	5	11	11	12
48	Grupo de comparação	13	8	20	2	2	5	3	16	11	25	4	5	8	8
49	Grupo de comparação	16	2	8	5	2	1	2	13	3	7	5	2	1	2
50	Grupo de comparação	1	0	4	4	0	0	4	4	0	1	3	1	1	2
51	Grupo de comparação	11	6	19	6	5	6	8	19	3	20	11	7	2	8
52	Grupo de comparação	16	5	21	15	3	1	0	5	6	15	5	2	0	0
53	Grupo de comparação	6	14	11	3	5	5	6	5	3	5	2	1	1	2
54	Grupo de comparação	9	1	18	3	0	0	3	10	3	15	2	2	0	5
55	Grupo de comparação	5	1	14	0	3	5	6	10	2	9	0	4	6	8

56	Grupo de comparação	4	11	5	3	2	0	3							
57	Grupo de comparação	12	3	17	1	3	2	5	10	3	16	1	3	2	4
58	Grupo de comparação	5	7	1	1	0	0	1	5	6	5	0	1	2	2

ANEXOS

ANEXO A- OFÍCIO DE APROVAÇÃO DO CEP

Ofício de aprovação do CEP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Campus de Ribeirão Preto

Of.CEtP/FFCLRP-USP/015-vjmc

Ribeirão Preto, 21 de fevereiro de 2014

Prezada Pesquisadora,

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado "EFEITOS DE DIFERENTES INTERVENÇÕES COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS PARA ANSIEDADE SOCIAL SOBRE A MEMÓRIA, A ATENÇÃO E A RESPOSTA GALVÂNICA DA PELE" foi reanalisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 128ª Reunião Ordinária, realizada em 20.02.2014, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE n.º 23789213.2.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas, e que relatórios parciais e final sejam entregues, via Plataforma Brasil, conforme os itens X.1.3.d e XI.2.d, da Res. CNS nº 466/2012.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª ANDRÉIA SCHMIDT
Coordenadora

À Senhora
Profa. Dra. Carmem Beatriz Neulfeld
Departamento de Psicologia da FFCLRP USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP
Fone: (16) 3602-4811
Fax: (16) 3633-2660 (direto) ou 3633-5015
Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 3 - sala 16 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: <http://www.ffclrp.usp.br> - e-mail: coetp@ffclrp.usp.br

ANEXO B – PARADIGMA DRM

PARADIGMA DRM

Listas de palavras associadas, em ordem decrescente de associação semântica com a palavra crítica:

(1) Agulha: costura, linha, fina, ponta, furar, injeção, seringa, espetar, tricô, bordar, palheiro, máquinas, metal, fio, fincar.

(2) Aranha: teia, veneno, inseto, peluda, perigo, nojo, feia, patas, pernas, picada, mosca, peçonha, bicho, mordida, asquerosa.

(3) Bandeira: pátria, símbolo, nação, mastro, país, verde, pano, hino, flâmula, honra, identificação, representação, amarelo, haste, estado.

(4) Cadeira: sentar, mesa, madeira, objeto, comodidade, sala, balanço, móvel, encosto, aula, estofado, apoio, poltrona, banco, decoração.

(5) Camisa: roupa, botão, vestir, manga, gola, tecido, social, futebol, gravata, xadrez, calça, moda, passada, curta, bolso.

(6) Caneta: escrever, tinta, azul, papel, útil, caderno, comunicação, esferográfica, estojo, prova, riscar, assinatura, tampa, carta, material.

(7) Carro: transporte, velocidade, motor, locomoção, rodas, viagem, pneu, status, automóvel, necessidade, estrada, novo, direção, rápido, gasolina.

(8) Cheirar: perfume, nariz, odor, flor, olfato, aroma, cocaína, fragrância, lembrança, rosas, pó, aspirar, espirro, faro, gripe.

(9) Cidade: casa, pessoas, ruas, movimento, população, urbanização, agito, moradia, barulho, lugar, maravilhosa, metrópole, comércio, habitantes, multidão.

(10) Culpa: arrependimento, consciência, remorso, mal-estar, julgamento, peso, traição, pecado, agonia, crime, responsabilidade, mentira, acusar, consequência, repressão.

(11) Devagar: lento, calma, parar, tartaruga, caminhar, cuidado, demora, andar, trânsito, atenção, lerdo, paciência, preguiça, lesma, atraso.

(12) Doce: açúcar, gostoso, chocolate, sabor, mel, sorvete, delícia, bala, salgado, guloseima, diabetes, gordura, cárie, torta, paladar.

(13) Dormir: sonhar, cama, repouso, acordar, pesadelo, essencial, acompanhado, deitado, energia, cedo, cochilar, rede, silêncio, tarde, bocejo.

(14) Doutor: médico, doença, respeito, sabedoria, estudo, profissional, cura, hospital, advogado, confiança, especialista, consultório, título, formado, superior.

(15) Exército: soldado, armas, guerra, disciplina, farda, ordem, militar, marcha, defesa, uniforme, proteção, organização, rigidez, batalha, quartel.

(16) Frio: gelo, inverno, casaco, neve, cobertor, agasalho, blusa, aconchego, temperatura, calor, arrepio, chuva, lã, lareira, sopa.

(17) Fruta: saudável, maçã, vitamina, banana, morango, suco, laranja, madura, pêra, nutritiva, melancia, succulenta, uva, salada, pêssego.

(18) Fumar: cigarro, vício, câncer, prejudicial, pulmão, droga, horrível, charuto, tosse, nicotina, maconha, cinza, isqueiro, tragar, tabaco.

(19) Homem: mulher, inteligente, racional, pai, masculino, trabalho, ser, barba, músculos, capaz, marido, macho, corajoso, companheiro, namorado.

(20) Janela: vidro, cortina, paisagem, abertura, vento, luz, visão, ar, sol, porta, persiana, claridade, horizonte, grade, veneziana.

(21) Leão: feroz, juba, selva, forte, animal, bravo, signo, carnívoro, zoológico, felino, rugido, caça, circo, garras, jaula.

(22) Lixo: sujeira, reciclagem, fedor, resto, lata, saco, poluição, orgânico, seco, desperdício, problema, podre, cesto, descartável, coleta.

(23) Mágoa: tristeza, sentimento, lágrima, rancor, decepção, desilusão, frustração, esquecida, chata, amargura, marca, atitude, infidelidade, melancolia, carência.

(24) Medo: escuro, morte, solidão, angústia, pânico, susto, desconhecido, pavor, violência, fobia, grito, terror, trauma, tremor, temor.

(25) Menina: bonita, boneca, criança, saia, meiga, feminina, brincadeira, inocência, pequena, cabelo, jovem, delicada, frágil, infância, pureza.

(26) Montanha: escalada, natureza, beleza, árvores, liberdade, alpinismo, aventura, subir, rocha, russa, obstáculo, serra, terra, pico, morro.

(27) Pão: alimento, fome, comida, farinha, manteiga, quente, massa, trigo, sanduíche, queijo, francês, carboidratos, margarina, fermento, lanche.

(28) Pé: dedos, sapato, unha, chulé, meia, calçado, tênis, sustentação, chinelo, calo, base, calcanhar, corpo, chute, pisar.

(29) Rei: coroa, poder, rainha, riqueza, castelo, autoridade, trono, monarquia, majestade, soberano, império, nobreza, palácio, dono, líder.

(30) Rio: água, peixe, correnteza, fundo, banho, nadar, pesca, margem, barco, frescor, belo, livre, lagoa, cachoeira, ponte.

(31) Satisfação: prazer, bem-estar, realização, contente, conquista, orgulho, completude, gozo, plenitude, objetivo, glória, conseguir, animação, competência, entusiasmo.

(32) Xícara: café, chá, pires, porcelana, beber, leite, louça, asa, tomar, colher, cozinha, bule, copo, quebrada, medida.

ANEXO C – PAPEL EVITAÇÃO E MANUTENÇÃO DA ANSIEDADE SOCIAL

Explicação sobre o papel da evitação e a manutenção da ansiedade social.

**ANEXO D – MODELO DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL
PARA TAS**

**Modelo da Terapia Cognitivo-Comportamental para
Transtorno de Ansiedade Social**

ANEXO E- PREPARAÇÃO COGNITIVA

Preparação cognitiva para o feedback referente ao vídeo

PREVISÃO DO DESEMPENHO SOCIAL

O feedback do vídeo providencia a você uma oportunidade de avaliar completamente seu próprio desempenho e de verificar se algumas de suas suposições estão corretas. Com isso, eu gostaria que você previsse em detalhes o que você acha que vai ver no vídeo. Por favor classifique o seu discurso em uma escala de 0 (nenhum pouco) a 10 (muito bem).

1. Quão bem você acha que você foi?

Nenhum pouco

Muito Bem

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10

2. Quão bem você acha que foi sua performance durante o discurso?

Nenhum pouco

Muito Bem

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10

Além disso, eu gostaria que você me contasse como você avaliaria a presença de cada um dos seguintes indicadores de desempenho:

	Nada presente						Extremamente aparente					
Contato visual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Gagueira	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Longas Pausas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Inquietação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Fala cortada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Tremores/Agitação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sudorese	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Rubor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Tique facial	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Voz trêmula	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nervosismo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Desinteressante	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Fala fluente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Parecia estranho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Parecia envergonhado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Foi interessante	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

IMAGINAÇÃO SOBRE A PERFORMANCE SOCIAL

Por favor, feche seus olhos agora e forme uma clara imagem sobre como você acha que se saiu durante o discurso. Por favor, construa um vídeo interno de como você imagina que você pareceu.

Quão vividamente você foi capaz de se ver dando o discurso?

Nenhum pouco

Muito

Bem

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Como estava sua performance na imagem?

Muito pobre

Muito

Boa

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

IDENTIFICAR E DESAFIANDO PREVISÕES INCORRETAS

Com isso, para você ver o vídeo objetivamente, por favor preste atenção somente em como você parecia, e não como você se sentiu. Por favor assista o vídeo como se você estivesse assistindo um estranho. Como foi sua performance no vídeo? (Pense sobre suas respostas e as respostas dos outros membros do grupo)

Ruim

Muito

Bem

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10