UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Eficácia da Terapia Cognitiva Processual no tratamento do Transtorno
de Ansiedade Social: avaliação de um ensaio clínico randomizado.

KÁTIA ALESSANDRA DE SOUZA CAETANO

Ribeirão Preto

2017

KÁTIA ALESSANDRA DE SOUZA CAETANO

Eficácia da Terapia Cognitiva Processual no tratamento do Transtorno de Ansiedade Social: avaliação de um ensaio clínico randomizado.

Versão corrigida

(Versão original encontra-se na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras).

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

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.

Caetano, Kátia Alessandra de Souza

Eficácia da Terapia Cognitiva Processual no tratamento do Transtorno de Ansiedade Social: avaliação de um ensaio clínico randomizado.

169 p.: il.; 30 cm.

Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

1. Palavras chave: Transtorno de Ansiedade Social. 2. Terapia Cognitiva Processual. 3. Terapia Cognitivo-Comportamental. 4. Comorbidade. 5. Viés atencional.

Nome: Kátia Alessandra de Souza Caetano

Título: Eficácia da Terapia Cognitiva Processual no tratamento do Transtorno de Ansiedade

Social: avaliação de um ensaio clínico randomizado

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências. Área: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

AGRADECIMENTO

Uma pesquisa de doutorado que se constitui como um ensaio clínico randomizado com intervenção terapêutica envolve inúmeras pessoas e seria uma tarefa quase que impossível agradecer a todos os envolvidos neste trabalho. Assim, o escopo de pessoas que eu gostaria de agradecer ultrapassa esta seção, haja vista os inúmeros indivíduos que contribuíram direta ou indiretamente para a construção deste projeto de praticamente cinco anos e concretização desta tese.

Primeiramente, gostaria de agradecer à Prof.^a Dr.^a Carmem Beatriz Neufeld pela oportunidade dada em meados de 2011 de fazer parte do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC-USP), e pela orientação e confiança durante todo o desenvolvimento deste trabalho. Trabalhar no LaPICC-USP foi uma oportunidade ímpar de desenvolvimento profissional e pessoal.

Ao Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira. A sua orientação e ensino ao longo dos últimos quase cinco anos foi fundamental para a minha formação clínica e enquanto pesquisadora. Ter tido a oportunidade de conhecê-lo logo no início da minha carreira foi um marco na minha profissão de psicóloga. Levarei os ensinamentos que aprendi com você em todos os treinamentos em TCP que realizei e também nas conversas informais para qualquer local de atuação profissional que estiver.

Ao Prof. Dr. José Alexandre Crippa, pelas importantes considerações realizadas no exame de qualificação.

Aos membros da banca, pela leitura cuidadosa e contribuições importantes que serão dadas.

Aos participantes envolvidos neste estudo, em especial a todos os pacientes atendidos. Sou muito grata pela oportunidade de ter ouvido e participado da história de vocês, e por todo aprendizado profissional e pessoal que obtive ao longo dos atendimentos.

Às agências de fomento: ao CNPQ pelo financiamento inicial da pesquisa, e à FAPESP pela significativa contribuição financeira através da bolsa de doutorado, estágio sanduíche no exterior e Auxílio Regular à Pesquisa (Processo FAPESP número 2013/19263-1; 2015/18937-4; e 2013/19981-1).

À infraestrutura e apoio da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto que permitiu a realização deste trabalho.

À minha família: à minha mãe, Ilzete, por ser um exemplo de força, determinação e luta pelos sonhos que se acredita; ao meu pai Paulo, por todo apoio e suporte; e à minha irmã Ana Paula, por ser um exemplo em tantas áreas na minha vida. Vocês contribuíram não só para a execução deste trabalho, mas para a minha existência enquanto indivíduo.

Aos amigos de laboratório, em especial à Isabela Ferreira, Thaís Benedetti e Caroline Pavan pelos momentos de alegria e convivência ao longo dos últimos anos. Em especial à amiga Priscila Palma: o desenvolvimento deste trabalho tornou-se muito mais leve e divertido com sua amizade! Obrigada por todo apoio e companheirismo dado ao longo desses últimos quase cinco anos.

Ao Prof. Dr. Stefan Hofmman, pela orientação e oportunidade de estágio no *Psychotherapy and Emotion Research Laboratory* (PERL), em Boston, EUA. Em especial aos amigos do laboratório PERL: Barbara Depreeuw, Kristina Conroy, Robbert Langwerden, Sharon Eldar, Alexandre Leigh, Giovannbattista Andreoli, Vera Goßl, Josh Curtiss e Joseph Carpenter.

Aos grandes amigos que conheci durante minha estadia em Boston: Aoife Devery, Reinaldo Pereira e Ana Cláudia Ornelas. Vocês transformaram Boston em um segundo lar para mim. Obrigada por todo apoio e amizade!

Aos amigos tão especiais de Uberlândia e Ribeirão Preto: Andréa Cândido, Débora Nobusada, Giovanna Cabral, Ludmilla Dell'Isola, Mirella Baroni, Pedro Pablo e Ulisses Marques. Essa longa trajetória se tornou muito mais leve com a presença e participação de cada um de vocês em minha vida.

A Deus, por ter me dado a oportunidade de realizar este longo projeto.

RESUMO

Caetano, K. A. S. (2017). *Eficácia da Terapia Cognitiva Processual no tratamento do Transtorno de Ansiedade Social: avaliação de um ensaio clínico randomizado*. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

Diferentes ensaios clínicos randomizados demonstram que a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é muito efetiva no tratamento do Transtorno de Ansiedade Social (TAS). Entretanto, uma quantidade significativa de pacientes não apresentam melhora após a finalização da intervenção com TCC. Tal dado indica a necessidade de desenvolver novas estratégias de tratamento para o TAS. A Terapia Cognitiva Processual (TCP) é uma nova abordagem dentro do campo da TCC que tem como principal objetivo auxiliar os pacientes a identificar e modificar suas crenças centrais disfuncionais, sendo o Processo uma das principais técnicas utilizadas. Algumas pesquisas têm demonstrado a efetividade do Processo no tratamento do TAS e de outros transtornos psiquiátricos. Entretanto, novas pesquisas são necessárias para avaliação não somente de tal técnica, mas de todo o protocolo de intervenção da TCP. Esta pesquisa objetivou avaliar se participantes que receberam uma intervenção individual em TCP apresentam diferenças em relação a sintomas de ansiedade social, medo da avaliação negativa, esquiva e desconforto social, ansiedade, depressão, sofrimento psíquico, distorções cognitivas e viés atencional. Este é um ensaio clínico randomizado que comparou um grupo que recebeu intervenção em TCP e um grupo lista de espera no tratamento do TAS. O estudo apresenta três grupos de pesquisa: o TCP ($n = 18$), o lista de espera ($n = 21$) e o saudável ($n = 19$). Um pesquisador independente ao estudo realizou a distribuição aleatória dos participantes com TAS entre os grupos TCP e lista de espera. Foram realizadas avaliações no pré e pós-teste através de diferentes escalas de auto-relato e do teste de Stroop emocional. Adicionalmente, o grupo TCP respondeu tais escalas a cada quatro sessões. O tratamento foi realizado em 16 sessões com duração de 1h30min cada utilizando a TCP no formato individual. Houve uma redução significativa nos sintomas de ansiedade social, ansiedade, depressão, esquiva e desconforto social, e sofrimento psíquico no grupo TCP ao longo do tratamento ($p < 0,05$). Tais reduções foram associadas a tamanhos de efeito grandes. Não foram observadas mudanças em nenhum dos instrumentos utilizados no grupo lista de espera ($p > 0,05$). Houve ainda uma significativa redução no medo da avaliação negativa após a utilização do Processo no grupo tratado, além de uma redução em distorções cognitivas ($p < 0,05$). Não foram observadas diferenças no pré e pós-teste em relação ao viés atencional nos três grupos da pesquisa ($p > 0,05$). Este estudo sugere que a TCP pode ser uma nova abordagem clínica efetiva no tratamento do TAS associado à diferentes comorbidades, haja vista que houve uma redução em sintomas de ansiedade social e sintomas comórbidos.

Palavras-chave: Transtorno de Ansiedade Social. Fobia Social. Terapia Cognitiva Processual. Terapia Cognitivo-Comportamental. Viés atencional.

ABSTRACT

Caetano, K. A. S. (2017). *Efficacy of Trial-Based Cognitive Therapy at treatment of Social Anxiety Disorder: a randomized clinical trial*. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

Different randomized clinical trials show that Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is highly effective in the treatment of Social Anxiety Disorder (SAD). However, a large number of patients do not show improvement after receiving CBT. This indicates that it is important to develop new treatments for SAD. Trial-Based Cognitive Therapy (TBCT) is a new approach within the field of CBT area. It aims to help patients to identify and to modify their dysfunctional core beliefs. One of the main TBCT techniques proposed by TBCT is the Trial. Some research studies have demonstrated the effectiveness of Trial in the treatment of SAD, and other disorders. However, further investigation is needed to firmly establish the efficacy not just for the Trial technique, but also the TBCT approach as a treatment for SAD and other disorders. This research aims to evaluate whether SAD participants receiving TBCT individual-sessions differ from a SAD waiting list group condition regarding symptoms of social anxiety, fear of negative evaluation, social avoidance and distress, anxiety, depression, mental suffering, and attentional bias. This is a randomized clinical trial comparing TBCT and a Waitlist control condition for the treatment of SAD. The study has three groups: TBCT ($n = 18$), Waitlist ($n = 21$), and healthy group ($n = 19$). An independent researcher to study distributed randomly the participants with SAD between TBCT or Waitlist condition. Assessments were made at pre and post-test using several self-report scales, and the emotional Stroop test in the three groups. Additionally, the TBCT group answered these scales each four sessions. The treatment was delivered in sixteen 1.5 hour sessions using the individual TBCT format. There were reductions in social anxiety, anxiety, depression, social avoidance and distress, and mental suffering symptoms at TBCT group ($p < 0.05$), but not in the Waitlist group ($p > 0.05$). Those reductions were associated with a large effect size. There was a significant reduction at fear of negative evaluation after Trial use, and reductions at cognitive distortions throughout the treatment as well ($p < 0.05$). There were no differences among the three groups regarding attentional bias at pre-test nor at post-test ($p > 0.05$). This study suggests that TBCT may be a new effective clinical approach to treat SAD associated with high rates of comorbidity, as there were significant reductions in the comorbid symptoms.

Keywords: Social Anxiety Disorder. Social Phobia. Trial-Based Cognitive Therapy. Cognitive Behavioral Therapy. Attentional Bias.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Escores do participante do estudo piloto na SPIN no pré e pós-teste, ao longo do tratamento e em avaliação <i>follow up</i> .	85
Figura 2	Escores do participante do estudo piloto nas escalas Beck no pré e pós-teste, ao longo do tratamento e em avaliação <i>follow up</i> .	85
Figura 3	Escores do participante do estudo piloto no CD-Quest ao longo do tratamento e em avaliação <i>follow up</i> .	86
Figura 4	Porcentagem média de crédito dado à acusação (crença central) e intensidade média da emoção associada ao longo das 6 etapas do Processo.	87
Figura 5	Fluxograma dos participantes com TAS ao longo do estudo.	91
Figura 6	Diferença média entre pré e pós-teste ($\Delta = \mu_{\text{pré}} - \mu_{\text{pós}}$) na SPIN dos grupos TCP, lista de espera e saudável.	98
Figura 7	Diferença média entre pré e pós-teste ($\Delta = \mu_{\text{pré}} - \mu_{\text{pós}}$) na BAI dos grupos TCP, lista de espera e saudável.	99
Figura 8	Diferença média entre pré e pós-teste ($\Delta = \mu_{\text{pré}} - \mu_{\text{pós}}$) na FNE dos grupos TCP, lista de espera e saudável. n = 21 para o grupo lista de espera; n = 18 para o grupo TCP; n = 19 para o grupo saudável.	100
Figura 9	Diferença média entre pré e pós-teste ($\Delta = \mu_{\text{pré}} - \mu_{\text{pós}}$) na SADS dos grupos TCP, lista de espera e saudável.	100
Figura 10	Diferença média entre pré e pós-teste ($\Delta = \mu_{\text{pré}} - \mu_{\text{pós}}$) no PHQ-9 dos grupos TCP, lista de espera e saudável.	101

Figura 11	Diferença média entre pré e pós-teste ($\Delta = \mu_{\text{pré}} - \mu_{\text{pós}}$) no SRQ dos grupos TCP, lista de espera e saudável.	102
Figura 12	Diferença média entre pré e pós-teste ($\Delta = \mu_{\text{pré}} - \mu_{\text{pós}}$) na BDI dos grupos TCP, lista de espera e saudável.	102
Figura 13	Escore médio na lista de 60 itens de exposição a situações sociais avaliados de acordo com a HSCC (Hierarquia de sintomas codificados por cores) pelo grupo experimental ao longo do tratamento.	105
Figura 14	Número médio de itens classificados como 5 (“ <i>A exposição provoca sofrimento tão intenso que não consigo me imaginar fazendo</i> ”) na lista de 60 itens de exposição a situações sociais avaliados de acordo com a HSCC (Hierarquia de sintomas codificados por cores) pelo grupo experimental ao longo do tratamento.	105
Figura 15	Escore médio dos participantes no CD-Quest ao longo do tratamento.	106
Figura 16	Diferença média entre os quatro blocos da intervenção ($\Delta = \mu_2 - \mu_1$) na SPIN. Bloco 1: pré-teste a 4ª sessão. Bloco 2: 4ª a 8ª sessão. Bloco 3: 8ª a 12ª sessão. Bloco 4: 12ª a 16ª sessão.	107
Figura 17	Diferença média entre os quatro blocos da intervenção ($\Delta = \mu_2 - \mu_1$) na FNE. Bloco 1: pré-teste a 4ª sessão. Bloco 2: 4ª a 8ª sessão. Bloco 3: 8ª a 12ª sessão. Bloco 4: 12ª a 16ª sessão.	108
Figura 18	Diferença média entre os quatro blocos da intervenção ($\Delta = \mu_2 - \mu_1$) na SADS. Bloco 1: pré-teste a 4ª sessão. Bloco 2: 4ª a 8ª sessão. Bloco 3: 8ª a 12ª sessão. Bloco 4: 12ª a 16ª sessão.	109
Figura 19	Diferença média entre os quatro blocos da intervenção ($\Delta = \mu_2 - \mu_1$) na BDI. Bloco 1: pré-teste a 4ª sessão. Bloco 2: 4ª a 8ª sessão. Bloco 3: 8ª a 12ª sessão. Bloco 4: 12ª a 16ª sessão.	109

Figura 20 Tempo médio de reação às palavras emocionais e neutras do grupo 112
saudável, lista de espera e TCP no pré-teste.

Figura 21 Tempo médio de reação às palavras emocionais e neutras do grupo 113
saudável, lista de espera e TCP no pós-teste.

Figura 22 Tempo médio de reação às palavras emocionais e neutras do grupo 114
saudável, lista de espera e TCP no pós-teste.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Síntese do tratamento.	66
Tabela 2	Características dos juízes.	74
Tabela 3	Blocos do tratamento.	78
Tabela 4	Escore as diferentes escalas do estudo piloto.	84
Tabela 5	Características demográficas dos participantes com TAS.	94
Tabela 6	Dados clínicos dos participantes com TAS.	95
Tabela 7	Diferenças entre pré e pós-teste.	96
Tabela 8	Diferenças entre grupos.	97

LISTA DE SIGLAS E SÍMBOLOS

ANCOVA	Análise de covariância
ANEW	<i>Affective Norms for English Words</i>
APA	Associação Psiquiátrica Americana
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI-II	Inventário de Depressão de Beck
CD-QUEST	Questionário de Distorções Cognitivas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CPA	Centro de Psicologia Aplicada
DP	Desvio-padrão
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição
FFCLRP	Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
FNE	Escala de Medo de Avaliação Negativa
HSCC	Hierarquia de Sintomas Codificados por Cores
LaPICC-USP	Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental
PHQ-9	Questionário Sobre a Saúde do Paciente–9
RPC	<i>Role-Play</i> Consensual
RP-INTRA	Registro de Pensamentos Intrapessoal
RPBP	Registro de Pensamentos Baseado no Processo
SADS	Escala de Esquiva e Desconforto Social
SCID-IV	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV</i>
SPIN	Inventário de Fobia Social
SRQ	Questionário de auto-relato
TAS	Transtorno de Ansiedade Social
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCP	Terapia Cognitiva Processual
Δ	Delta
μ	Média

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	25
1.1 Medo e Ansiedade	25
1.2 Transtorno de Ansiedade Social	26
1.3 Viés atencional.....	32
1.4 Terapia Cognitivo-Comportamental	34
1.5 Terapia Cognitiva Processual	38
2 JUSTIFICATIVA	43
3 OBJETIVOS.....	47
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	51
4.1 Delineamento	51
4.2 Local	52
4.3 Cuidados éticos	52
4.4 Instrumentos.....	53
4.5 Participantes.....	58
4.6 Critérios de inclusão	58
4.7 Critérios de exclusão.....	59
4.8 Estudo Piloto.....	60
4.8.1 Caracterização	60
4.8.2 Avaliação.....	60
4.8.3 Intervenção	61
4.9 Recrutamento e seleção dos participantes	67
4.9.1 Divulgação	67
4.9.2 Entrevistas / Avaliação Pré-Teste	69
4.9.3 Randomização	71

4.10 Stroop emocional.....	71
4.10.1 Construção do paradigma experimental	71
4.10.2 Teste de Ishihara	74
4.10.3 Materiais e estímulos	75
4.10.4 Procedimento de teste	75
4.11 Intervenções	76
4.12 Análise de dados.....	78
5 RESULTADOS.....	83
5.1 Seção I.....	83
5.1.1 Estudo piloto.....	83
5.2 Seção II.....	90
5.2.1 Entrevistas / Pré-Teste	90
5.2.3 Caracterização dos participantes saudáveis	95
5.2.4 Eficácia do tratamento	96
5.3 Seção III	103
5.3.1 Escala de 60 itens de exposição a situações sociais segundo a HSCC e CD-Quest.	104
5.3.2 Possíveis mecanismos de efetividade da intervenção.....	106
5.4 Seção IV	110
5.4.1 Definição dos parâmetros de exclusão e inclusão dos dados	110
5.4.2 Análise do tempo de reação	111
6 DISCUSSÃO	117
7 CONCLUSÃO	131
REFERÊNCIAS.....	133
ANEXOS	150
Anexo A	150
Anexo B.....	152

Anexo C	156
Anexo D	160
Anexo E	162
Anexo F	164
Anexo G	166
Anexo H	168

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Medo e Ansiedade

A ansiedade e o medo são emoções comuns entre os seres humanos, apresentando importante valor adaptativo e funcional por levar o indivíduo a se esquivar ou fugir de possíveis ou reais ameaças à sua integridade física e psicológica (Bishop et. al, 2007; Gross & Hen, 2004; Indovina et. al, 2011). Certo grau de ansiedade é necessário para a melhora do desempenho, sendo considerado benéfico. Entretanto, quando estas emoções são muito intensas e têm duração crônica, é possível observar os efeitos deletérios no desempenho em tarefas e para o organismo como um todo, levando a uma considerável diminuição da qualidade de vida do indivíduo e até ao adoecimento (Indovina et. al, 2011).

Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos mentais mais comuns na população em geral (Andrade et al., 2012; Hofmann, 2008; Kessler et al., 2005). Autores como Bremner (2004) afirmam que um em cada quatro indivíduos irá sofrer de algum nível clínico de ansiedade ao longo da vida. Alguns estudos apontam que a incidência destes transtornos seja de 20 a 30% da população em geral (Furmark et al., 2002; Gross & Hen, 2004).

Nos Estados Unidos, por exemplo, em um amplo estudo epidemiológico sobre prevalência e idade de início dos transtornos mentais de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição (DSM-IV) (o *National Comorbidity Survey Replication*), foi observado que os transtornos de ansiedade constituem-se como a condição mais recorrente na população americana, apresentando uma prevalência de 28,8%, e com menor idade de início (11 anos, em média) (Kessler et al., 2005). No Brasil, estima-se que este número seja de 19,9%, sendo a condição clínica em saúde mental mais frequentemente observada de acordo com recente estudo epidemiológico realizado em São Paulo, com apoio da Organização Mundial da Saúde (Andrade et al., 2012).

De forma geral, os transtornos de ansiedade partilham de algumas características neurobiológicas comuns. Através de modelos animais e estudos com neuroimagem, a pesquisa básica tem demonstrado que a amígdala e outras regiões límbicas são fundamentais para a aquisição e expressão de memórias de medo; e que a aprendizagem de extinção de memórias aversivas depende da ativação de áreas corticais, como o córtex pré-frontal, que atuaria exercendo um controle inibitório sobre a amígdala e outras regiões límbicas, levando assim ao controle das respostas emocionais (Bishop, 2007; Fendt & Fanselow, 1999; Ohman

& Mineka, 2001; Quirk, Garcia & Gonzalez-Lima, 2006). Estudos apontam para uma alteração desta circuitaria nos transtornos de ansiedade e para um perfil neurofisiológico comum: de uma forma geral pacientes com diferentes transtornos de ansiedade apresentam um déficit de ativação em áreas corticais e uma hiperativação da amígdala e de outras regiões límbicas, o que pode estar relacionado a alterações nos processos associativos, interpretativos e atencionais, bem como às respostas emocionais excessivas que indivíduos clinicamente ansiosos apresentam (Bishop et. al, 2007; Indovina et al., 2011; Sehlmeier et. al, 2011; Shin & Liberzon, 2010). Outra característica fisiológica comum nos quadros de ansiedade é um aumento da atividade autonômica frente à situação ou objeto temido, que pode ser mensurado através da resposta galvânica da pele, por exemplo (Hermann, Ziegler, Birbaumer, & Flor, 2002; Najstrom & Jansson, 2007).

1.2 Transtorno de Ansiedade Social

De uma perspectiva evolutiva, o cérebro humano como atualmente é conhecido originou-se a partir de mutações do genoma humano, e também a partir da seleção das mudanças mais adaptativas ao ambiente. Nesse sentido, as mudanças cerebrais permitiram o desenvolvimento de um sistema social muito complexo, com o respectivo desenvolvimento da linguagem, cultura, *self*, entre outros, o que garantiu ao homem, enquanto espécie, maior independência das condições ambientais (Hofmann & Otto, 2008).

O ser humano necessita de investimento parental; desenvolver relações eficazes entre seus pares; atrair parceiros sexualmente capazes de gerar descendentes; entre outros; para garantia de sucesso evolutivo enquanto espécie. Assim, para os seres humanos o desenvolvimento de um sistema social tão complexo e a sobrevivência da espécie tornou-se viável através do suporte social entre pares. Portanto, para os seres humanos é vital a avaliação e aceitação do outro, sendo que alguns autores argumentam que a avaliação negativa dos pares é um medo natural e incondicionado dos seres humanos (Hofmann & Otto, 2008).

Diferentes estudos apontam que mesmo em populações saudáveis e que não apresentam diagnóstico psiquiátrico, o falar em público é o medo mais comumente observado (Baptista, et al., 2012; Connor, 2000). Outro dado que indica que para os seres humanos a avaliação de pares gera respostas de medo e ansiedade advém da pesquisa básica: o teste de simulação de falar em público é uma condição experimental bastante confiável de indução de

ansiedade experimental em seres humanos, independente da presença de transtorno psiquiátrico, sendo muito comum no estudo de fármacos ansiolíticos (Graeff, 2007).

Entretanto, quando há um excesso de medo da avaliação negativa do outro e um sofrimento significativo para o indivíduo, observa-se a manifestação clínica deste temor, que é denominada de Transtorno de Ansiedade Social (TAS). A principal característica do TAS é um medo excessivo de situações sociais, sendo que o indivíduo teme comportar-se de maneira humilhante ou vexatória, temendo ainda uma possível avaliação de seu desempenho por outras pessoas. Situações sociais como beber, comer, encontrar com pessoas que representam figuras de autoridade e falar em público passam a ser evitadas (Associação Psiquiátrica Americana [APA], 2002; Furmark et al., 2002; Shin & Liberzon, 2010). Assim, situações sociais passam a ser evitadas, sendo este tipo de comportamento uma resposta comum entre os indivíduos com TAS, o que além de afetar significativamente sua qualidade de vida, também os impede de desconfirmar as crenças a respeito de seu desempenho social.

A literatura aponta que os medos mais comuns no TAS podem ser divididos em quatro categorias principais: medo de falar ou apresentar-se em público, perante uma audiência, sendo este o medo mais comum; medo de situações onde ocorram interações sociais; medo de ser observado (comendo ou escrevendo, por exemplo); e medo de mostrar sintomas de ansiedade (Baptista, et al., 2012; Beesdo et al., 2007; Bogels et al., 2010).

Dentre os transtornos de ansiedade, o TAS, denominado ainda como Fobia Social, é o mais recorrente, sendo um dos mais comuns em saúde mental. O quadro apresenta maior incidência em mulheres do que homens; geralmente inicia na infância e adolescência (é baixa a taxa de início na vida adulta); apresenta curso crônico; e está associado a sérios prejuízos no funcionamento em diversas esferas da vida do indivíduo, além de significativa diminuição da qualidade de vida (Beesdo et al., 2007; Bogels et al., 2010; De Oliveira et al., 2012; Jefferys, 1997).

Em relação à prevalência, nos Estados Unidos observou-se através do *National Comorbidity Survey*, uma extensa pesquisa populacional, que 13,3% da população apresenta TAS, sendo, nesta pesquisa, a terceira condição mais comum em saúde mental (Kessler et al., 1994). Em uma replicação mais recente deste estudo, o *National Comorbidity Survey Replication*, observou-se uma prevalência de TAS de 12,1%, sendo o quarto transtorno mental mais comum; e um dos quadros de ansiedade com idade de início mais precoce (idade média de início de 13 anos) (Kessler et al., 2005).

No Brasil, em um extenso estudo, Baptista et al. (2012) avaliaram a prevalência de TAS em estudantes universitários em Ribeirão Preto, sendo observada uma prevalência de

11,6% em mais de 2.300 indivíduos avaliados. Foi observada ainda maior prevalência entre mulheres do que homens, uma idade média de início de 11,4 anos e tempo médio de doença de 10,2 anos. Apesar da alta prevalência de TAS, menos de 1% dos indivíduos diagnosticados já possuíam diagnóstico prévio da condição.

Em outro estudo sobre prevalência de TAS no Brasil, Vorcaro, Rocha, Ucho e Lima-Costa (2004) avaliaram mais de 1.000 indivíduos no interior de Minas Gerais, sendo observada uma prevalência de TAS de 11,8%, e maior predomínio em mulheres do que homens; sendo estes dados muito semelhantes aos encontrados no estudo de Baptista et al. (2012). Pode-se observar, portanto, que o TAS é um quadro que possui alta prevalência; idade precoce de início; curso crônico; sendo mais comum entre mulheres do que homens; além de ser uma condição subdiagnosticada.

O TAS foi incluído no DSM somente com a publicação da terceira edição do mesmo, em 1980, sendo naquele momento denominado de fobia social. O quadro era considerado como um transtorno fóbico, e em geral acreditava-se que era relacionado a uma situação social, sendo percebido de forma muito semelhante com as fobias específicas. Já na edição revisada do DSM-III, foram incluídas explicações acerca do medo da rejeição presente no TAS, sendo expandido o número de situações sociais temidas. Ainda nesta edição revisada, foi incluído o especificador generalizada, que se referia a ansiedade social relacionada à maioria das situações sociais. Nesta edição tornou-se possível também considerar o diagnóstico adicional de Transtorno de Personalidade Evitativo, uma vez que no DSM-III o mesmo era considerado como categoria mutuamente excludente quando presente o diagnóstico de TAS (Bogels et al., 2010).

O termo TAS surgiu pela primeira vez no DSM com a publicação de sua quarta edição, em 1994, sendo mantido em sua revisão, publicada em 2000. O acréscimo deste novo termo como sinônimo do diagnóstico de fobia social refletiu o reconhecimento de que o mesmo diferia significativamente dos quadros de fobia específica. Na quarta edição houve maior descrição acerca das explicações sobre o medo de rejeição, característica central do TAS, sendo que o medo de demonstrar sintomas físicos de ansiedade foi incluso no primeiro critério diagnóstico do quadro. Nesta edição, pela primeira vez foi considerado que o transtorno de personalidade evitativo poderia constituir-se como uma variação mais grave e crônica do TAS (APA, 2002; Bogels et al., 2010).

Já a quinta edição, publicada em 2013, apresenta diferenças consideráveis em relação às edições anteriores: foi definido o subtipo de desempenho, sendo excluído o especificador generalizada, uma vez que esta subdivisão não foi bem delineada nas edições anteriores, pois

baseava-se mais na quantidade de situações sociais temidas, do que no conteúdo do medo relacionado a tais situações. Mais do que em todas as edições anteriormente publicadas, o DSM-V compreende o TAS como um quadro dimensional: os indivíduos são percebidos através de um *continuum* de gravidade, que é baseado na quantidade de situações sociais temidas, não sendo, portanto, possível o estabelecimento de um ponto de corte. Outra mudança observada foi a definição do tempo mínimo de seis meses para o diagnóstico do quadro e a exclusão do critério de que era imprescindível o reconhecimento do medo como irracional por parte do indivíduo. Na quinta edição o medo ou ansiedade devem ser considerados desproporcionais em relação à ameaça real relacionada à situação social e deve causar sofrimento clinicamente significativo, o que não necessariamente está relacionado ao reconhecimento do medo como irracional por parte do indivíduo (APA, 2014; Bogels et al., 2010).

Embora o TAS seja o transtorno mais comum entre os transtornos de ansiedade e um dos que apresentam maior incidência na área da saúde mental, ainda é o transtorno que possui o menor número de publicações e pesquisas entre os quadros de ansiedade. Crippa (2009) aponta alguns fatores relacionados a esta baixa produção acadêmica sobre o tema: o caráter dimensional do TAS, que, segundo alguns pesquisadores, caracterizaria o transtorno mais como um *continuum*, do que como uma categoria, e o conhecimento ainda escasso sobre as áreas cerebrais específicas e os mecanismos neurobiológicos envolvidos, dificultariam a produção de novas pesquisas na área; e, ainda, pela própria característica do transtorno, que faz com que um elevado número de pacientes não procurem ajuda, sendo, portanto, uma condição subdiagnosticada.

No Brasil, Martinez et al. (2012) avaliaram a produção científica no país sobre a temática fobia social e/ou TAS. Os autores analisaram teses e dissertações produzidas em 22 anos (entre 1987 e 2009), sendo encontradas somente 27 publicações de mestrado e doutorado, com enfoque em tratamento; comorbidade; validação de instrumentos; diagnóstico e prevalência; e revisão crítica e teórica. No trabalho, é apontada a necessidade de maior pesquisa na área, uma vez que os autores encontraram uma média de 1,22 trabalhos publicados sobre TAS por ano. Assim, apesar de apresentar grande incidência na população geral e estar associado a significativos prejuízos no funcionamento ocupacional e social, o TAS ainda é subdiagnosticado e pouco conhecido entre os profissionais da saúde, o que mostra a necessidade de novas pesquisas e estudos sobre o tema.

Em relação aos mecanismos neurobiológicos, ainda não é claro quais os mecanismos cerebrais específicos que levam ao desenvolvimento e/ou manutenção do TAS. Sabe-se que

os neurotransmissores serotonina, noradrenalina e gaba estão envolvidos na fisiopatologia do quadro, uma vez que a utilização de fármacos que atuam de modo a potencializar a neurotransmissão de tais substâncias (como benzodiazepínicos; inibidores seletivos da recaptação de serotonina; e inibidores da enzima monoamina oxidase) aliviam os sintomas de ansiedade social. Entretanto, alguns autores têm indicado que o sistema dopaminérgico parece também estar envolvido, uma vez que pacientes com TAS apresentam uma significativa redução de receptores dopaminérgicos em determinadas regiões cerebrais. Outro dado que aponta para esta relação é a alta prevalência de TAS em pacientes com doença de Parkinson, quadro onde existe uma redução acentuada da atividade dopaminérgica (Kauer-SantAnna, Lavinsky, Aguiara, & Kapczinski, 2002).

Em uma revisão sobre os modelos teóricos explicativos sobre o TAS, D'El Rey e Pacini (2006) avaliaram diferentes trabalhos publicados até 2006 que tanto discutiam os fatores de surgimento do TAS, a partir do modelo cognitivo e/ou comportamental, quanto estudos que avaliavam tratamentos da área para o quadro. Os primeiros modelos da década de 70 e 80 postulavam que o TAS era resultado de um condicionamento clássico, tendo os fóbicos sociais vivenciado experiências sociais aversivas e, a partir disso, desenvolvido respostas emocionais condicionadas, além de comportamentos de esquiva de situações sociais. Entretanto, com o surgimento de novas pesquisas observou-se que tais indivíduos já apresentavam sintomas de ansiedade social antes de vivenciarem tais experiências, sendo, portanto, estas consequências do TAS, e não sua causa. Outro modelo explicativo sobre o quadro está relacionado ao déficit de habilidades sociais: indivíduos com TAS teriam um significativo déficit nessas habilidades, o que os levaria à emissão de comportamentos inadequados, e, ao longo do tempo, à evitação de diferentes situações. Entretanto, as pesquisas atuais apontam que mais do que um fator preditivo, tal déficit está relacionado à manutenção do quadro.

D'El Rey e Pacini (2006) observaram ainda em sua revisão a presença de modelos mais cognitivos relacionados à explicação sobre o desenvolvimento e manutenção do TAS. Diferentes autores postulam que indivíduos com TAS apresentam um viés atencional no processamento cognitivo, tendendo a interpretar de forma distorcida as experiências sociais e o próprio comportamento, apresentando ainda crenças irracionais sobre si e as situações sociais. Tal viés manteria os pensamentos distorcidos, uma vez que esses indivíduos seletivamente percebem um número maior de ameaças em situações sociais e falhas no próprio desempenho, além de desqualificar ou não perceber as experiências positivas. Há ainda modelos que integram diferentes perspectivas para explicar o desenvolvimento e

manutenção do quadro: o TAS ocorreria a partir de fatores de vulnerabilidade tanto genéticos, quanto presentes na infância e adolescência do indivíduo. Ao longo do desenvolvimento, tais fatores (como pais com altos níveis de ansiedade social; presença de experiências sociais traumáticas; altos padrões de perfeição e desempenho; superproteção; baixo contato social; inibição comportamental; entre outros) predisporiam o indivíduo a perceber situações sociais como ameaçadoras, formando crenças de que as mesmas devem, portanto, ser evitadas.

Clark e Wells (1995) também postularam um modelo cognitivo de desenvolvimento e manutenção do TAS. De acordo com estes autores, as principais crenças centrais de indivíduos com TAS estão relacionadas principalmente à inadequação (*“sou estranho, esquisito, inadequado”*). Ao entrar em uma situação social o indivíduo tem tais crenças ativadas, tendendo assim a interpretar situações neutras ou ambíguas como muito negativas e como indicativo de rejeição e julgamento do outro, ao mesmo tempo em que evidências e situações positivas tendem a ser desconsideradas ou minimizadas. Tais percepções das situações atuais, guiadas principalmente por memórias e crenças distorcidas, precipitam sintomas físicos e cognitivos de ansiedade, e acabam por gerar comportamento de esquiva, o que confirma as crenças de inadequação e atua na manutenção do quadro, impedindo uma avaliação mais realística das situações sociais. Estes autores postulam ainda que os indivíduos com TAS possuem crenças de que devem ter um alto padrão de desempenho e tendem a superestimar a ocorrência de eventos e interações sociais negativas, sendo que se sentem frequentemente julgados.

Um dos modelos teóricos mais recentes acerca do desenvolvimento e manutenção do TAS foi desenvolvido por Hofmann e Otto (2008). Tais autores postulam que existe um conjunto de variáveis que atuam como mantenedoras do quadro. Segundo Hofmann e Otto (2008): 1) indivíduos com TAS têm uma alta expectativa de situações sociais e acreditam que outras pessoas têm o mesmo nível de exigência em relação a normas e comportamentos sociais. Adicionalmente, tais indivíduos não teriam objetivos ou metas sociais bem definidos; 2) a alta expectativa e padrão de situações sociais e a presença de objetivos sociais extremamente difusos aumentariam a apreensão antes de tais indivíduos adentrarem em uma situação social, sendo que a combinação destas variáveis levaria os pacientes a ter uma alta atenção auto-focada, apresentando um excesso de foco atencional em sintomas de ansiedade e na auto-avaliação; 3) normalmente tais indivíduos percebem a si mesmo de modo negativo e acreditam que outras pessoas compartilham da mesma avaliação (auto-percepção negativa); 4) os indivíduos com TAS superestimam a probabilidade de que experiências sociais resultarão em erros e desastres sociais, como rejeição, por exemplo; 5) tais indivíduos percebem-se

como tendo nenhum ou pouco controle dos próprios sintomas de ansiedade e acreditam que outras pessoas percebem tal resposta com a mesma intensidade que eles a vivenciam; e, por fim, 6) indivíduos com TAS percebem-se como tendo poucas habilidades sociais, e menos do que na verdade eles de fato possuem. Todos estes fatores são ativados quando os indivíduos com TAS vivenciam ou possuem a expectativa de ter uma experiência social, e, conseqüentemente, os mesmos emitirão diferentes comportamentos de esquiva com o intuito de evitar os sintomas de ansiedade e as possíveis conseqüências tão negativas imaginadas do encontro social. Por fim, após evitar tais situações, os indivíduos com TAS passam a ruminar a experiência (não)vivida, sendo este processo denominada de ruminação pós-evento, o que aumenta a ansiedade em relação à próxima experiência social e a probabilidade de evitação. Assim, Hofmann e Otto (2008) postulam que o comportamento de esquiva é o principal fator de manutenção do quadro de TAS.

É alta a presença de comorbidades associadas ao TAS e uma observação comum ao clínico é que o tratamento de pacientes com TAS com alguma comorbidade constitui-se mais a regra do que a exceção (Ohayon & Schatzberg, 2010). Katzelnick et al. (2001), por exemplo, observaram que quase metade da amostra de pacientes com TAS avaliados em seu estudo apresentavam alguma comorbidade psiquiátrica.

A presença de TAS constitui-se como um fator de risco para a ocorrência de sintomas depressivos, sendo a depressão o transtorno mais comumente observado em pacientes com TAS (Kessler, Stang, Wittchen, Stein, & Walters, 1999). Wong, Morrison, Heimberg, Goldin e Gross (2014), observaram, por exemplo, que 34,5% dos pacientes com TAS em seu estudo apresentavam ou já apresentaram sintomas depressivos. É importante destacar ainda que a presença de comorbidades tem sido associada a um pior quadro e prognóstico no TAS (Dalrymple & Zimmerman, 2007).

1.3 Viés atencional

Diferentes estudos na literatura indicam que no TAS, e também em outros transtornos de ansiedade, existe um processamento seletivo da informação voltado para situações e/ou estímulos relacionados ao perigo. Indivíduos diagnosticados com TAS tendem a detectar mais rapidamente estímulos sociais negativos e a interpretar estímulos sociais ambíguos de maneira negativa ou ameaçadora, percebendo-os como sinais de desaprovação sobre seu desempenho e sobre si mesmos. Tem sido sugerido que esta tendência no processamento da informação

está implicada na manutenção e até mesmo na etiologia dos quadros de ansiedade (Amir & Bomyea, 2010; Bishop, 2007; Clark, 2001; Mueller et al., 2009; Najstrom & Jansson, 2007).

Diferentes testes têm sido utilizados para avaliar a presença de viés atencional no TAS e em outros transtornos de ansiedade, como os paradigmas *Visual Probe Detection Task*, *Face-in-the-crowd*, Posner, entre outros (Amir & Bomyea, 2010; Heeren, Maurage, & Philippot, 2013; Melo, Peixoto, Oliveira, & Bizarro, 2012). Entre tais paradigmas experimentais, o teste de Stroop emocional tem sido um dos mais utilizados para estudar o viés atencional no processamento cognitivo nos transtornos de ansiedade (Melo, Peixoto, Oliveira, & Bizarro, 2012). Neste teste os participantes são solicitados a nomear a cor de palavras com conteúdo neutro e com valência emocional negativa (Williams, Mathews, & MacLeod, 1996). O teste pode ser aplicado em dois formatos distintos: o computadorizado e o de listas impressas. No formato computadorizado, as palavras são apresentadas de forma aleatória ou em blocos em relação à valência. Já no formato de listas impressas, as palavras com mesma valência são apresentadas em determinada lista, sendo tarefa do indivíduo nomear as cores das palavras até a finalização de todas os estímulos presentes naquela lista (Baños, Quero, & Botella, 2005).

Um maior tempo de resposta na nomeação de cores neste teste é assumido como uma interferência, uma vez que os recursos atencionais estariam alocados para o conteúdo da palavra (Williams, Mathews, & MacLeod, 1996). Um maior tempo de resposta frente às palavras emocionais em relação às neutras é denominado de viés atencional (Blanchette & Richards, 2013), sendo que indivíduos clinicamente ansiosos apresentam maior tempo de resposta a palavras relacionadas à especificidade da psicopatologia que apresentam, indicando uma seletividade atencional e um déficit em ignorar o conteúdo da palavra (Baños, Quero, & Botella, 2005; Melo, Peixoto, Oliveira & Bizarro, 2012).

Alguns estudos indicam que indivíduos com TAS geralmente apresentam maior tempo de resposta em nomear cores de palavras que representam ameaça social do que palavras neutras em relação a indivíduos saudáveis, além de apresentar um viés atencional para ameaça avaliado por outros paradigmas experimentais (Becker, Rinck, Margrad, & Roth; 2001; Calamaras, Tone, & Anderson, 2012; Fistikci, Saatcioglu, Keyvan, Kalka, & Topçuoglu, 2015; Grant & Beck, 2006; Nortje & Posthumus, 2012).

Em estudo clássico da área, Mattia, Heimberg e Hope (1993), avaliaram indivíduos com TAS e indivíduos saudáveis em um teste de Stroop clássico e emocional, sendo apresentadas palavras que representavam ameaça física e social. Os indivíduos com TAS apresentaram maior latência de resposta na nomeação de cores cujo conteúdo representava

ameaça social. Outro dado encontrado foi que após receberem tratamento com o medicamento Fenelzina, placebo ou Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) em grupo, os participantes classificados como respondentes (indivíduos que apresentaram redução significativa da ansiedade social após o final do tratamento), independente da condição experimental randomizada, apresentaram menor tempo de resposta na nomeação de cores de palavras com conteúdo relacionado a ameaça social. Outros estudos têm reportado resultados similares em relação à TCC, indicando que esta intervenção pode levar a uma redução do viés atencional após a finalização do tratamento (Lundh & Ost, 2001; Nortje & Posthumus, 2012).

Em uma revisão da literatura sobre os efeitos da TCC sobre a seletividade atencional presente nos transtornos de ansiedade, Tobon, Ouimet e Dozois (2011) demonstraram a diminuição deste viés no processamento cognitivo após a intervenção em TCC, mensurado através do teste de Stroop Emocional, entre outros instrumentos. Nortje e Posthumus (2012), e Calamaras, Tone e Anderson (2012) também apontam para uma diminuição desta seletividade atencional no processamento cognitivo após o tratamento com TCC no TAS. Tais dados apontam que uma melhora clínica gerada pelo tratamento com TCC no quadro de TAS, além de ser acompanhada de mudanças cognitivas e sintomas clínicos, provavelmente está relacionada também a uma mudança no processamento de estímulos sociais.

1.4 Terapia Cognitivo-Comportamental

Para a TCC, é a percepção dos eventos, ou seja, a cognição, um dos principais fatores relacionados à manutenção dos transtornos mentais (Neufeld & Cavenage, 2010). Um dos pressupostos filosóficos que são a base teórica da TCC é de que não são as situações em si que determinam as emoções e o comportamento, mas sim a percepção e as crenças de tais situações que influenciam as respostas emocionais e comportamentais às diferentes situações (Knapp, 2004). Assim, para a TCC, as crenças possuem importância fundamental para a manutenção e desenvolvimento das respostas de ansiedade observadas no TAS e em outros transtornos (Hofmann, 2008).

Para a TCC, a ativação de crenças disfuncionais, que ocorre principalmente em situações de estresse, tem papel primário na manifestação de vários sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais relacionados aos diferentes transtornos psiquiátricos (De Oliveira, 2008). Assim, a ativação de pensamentos automáticos e crenças intermediárias, relacionada em última instância com a ativação de crenças centrais disfuncionais, atuam na manutenção do transtorno.

Dessa forma, um dos principais objetivos durante a intervenção em TCC no TAS é auxiliar os pacientes a compreender e modificar suas crenças centrais disfuncionais, gerando, conseqüentemente, mudanças nas respostas emocionais e comportamentais (De Oliveira, 2008). Durante o tratamento, o paciente é encorajado a testar e reavaliar essas crenças, sendo a mudança de tais cognições desadaptativas para crenças mais positivas a respeito de si, do mundo e do futuro (triade cognitiva), responsável pela melhora durante a intervenção (Hofmann, 2008). No caso do TAS, Clark e Wells (1995) ressaltam que o tratamento eficaz é aquele que contribui para a mudança da auto-percepção do paciente em uma direção mais positiva e adaptativa.

Em um estudo de revisão de literatura, Ito, Roso, Tiwari, Kendall e Asbahr (2008), avaliaram os principais componentes da intervenção em TCC para o TAS. De modo geral, os estudos que utilizam a TCC para intervenção no quadro partilham de alguns pressupostos comuns, como: avaliação e posterior planejamento do tratamento; psicoeducação sobre o transtorno e a própria terapia; e definição de objetivos entre terapeuta e paciente. Em relação às técnicas, os autores observaram diferentes estratégias, como: utilização de treinamento de habilidades sociais e de assertividade; foco na modificação de crenças distorcidas, utilizando, portanto, uma abordagem mais cognitiva; técnicas de manejo de estresse e relaxamento, com o objetivo de auxiliar o paciente a ter maior controle das respostas fisiológicas de ansiedade e habituar-se a elas; e exposição ao vivo e/ou imaginada. De modo geral, o número mais comum de sessões nos estudos é de doze, com frequência semanal.

Heimberg (2002), em revisão de literatura sobre as diferentes terapêuticas dentro da TCC para o tratamento do TAS, observou que os estudos distinguem-se conforme a técnica e enfoque abordado, sendo a exposição, reestruturação cognitiva, técnicas de relaxamento e treino de habilidades sociais, as categorias principais utilizadas no tratamento do TAS. Foi observado ainda que a TCC é eficaz não somente em reduzir os sintomas de ansiedade social após o final da intervenção, mas também é associada com a manutenção dos ganhos obtidos com o tratamento ao longo do tempo. D'El Rey e Pacini (2006) encontraram resultados semelhantes aos acima mencionados em seu trabalho de revisão: a maioria dos estudos que estes autores avaliaram utilizou exposição; reestruturação cognitiva, com o intuito de avaliação e questionamento de pensamentos distorcidos; técnicas de relaxamento; e treino de habilidades sociais.

Embora a literatura aponte que tanto intervenções baseadas em exposição, quanto o tratamento com Terapia Cognitiva reduzem sintomas de ansiedade social (Barkowski et al., 2016; Federoff & Taylor, 2001; Feske & Chambless, 1995; Gould, Buckminster, Pollack, &

Otto, 1997; Otte, 2011; Taylor, 1996), alguns estudos apontam que a utilização de técnicas de reestruturação cognitiva tem se mostrado mais eficazes no tratamento do TAS no formato individual (Mörtberg, Clark, Sundin, & Wistedt, 2007; Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach, & Clark, 2003). Tem-se sugerido ainda que a Terapia Cognitiva é mais efetiva do que somente o uso da exposição e do que a TCC em grupo, além de apresentar maior efetividade em relação a outras abordagens psicoterapêuticas (Clark et al., 2006; Mayo-Wilson et al., 2014; Mörtberg, Clark, Sundin, & Wistedt, 2007; Ougrin, 2011), o que destaca a importância da utilização de técnicas de reestruturação cognitiva, haja vista que fatores cognitivos atuam como mantenedoras no quadro de TAS (Hofmann, 2007).

Em uma extensa revisão de literatura sobre a eficácia da TCC no tratamento do TAS comparada a outras intervenções terapêuticas, Mululo, Menezes, Fonttenele e Versiani (2009) avaliaram mais de 2.000 ensaios clínicos randomizados publicados em diferentes bases de dados até 2009, sendo incluídos e revisados um total de 42 artigos. Os resultados apontam que a TCC é tão eficaz quanto a farmacoterapia na redução dos sintomas de ansiedade social; sendo ainda que mostrou-se mais eficaz do que outras abordagens terapêuticas, como a psicodinâmica e do que condições de lista de espera, onde o indivíduo não recebe nenhuma intervenção.

Além de mudanças no sistema de crenças do paciente, gerando respostas emocionais e comportamentais mais adaptativas, diferentes estudos indicam a ocorrência de mudanças em padrões de ativação neural, em sistemas neurobiológicos e no processamento cognitivo após o tratamento com a TCC tanto para o TAS, quanto para outros transtornos de ansiedade (Furmark et al., 2002; Garcia-Lopez et al., 2006; Hayward et al., 2000; Heimberg, 2002; Mululo, Menezes, Fontenelle, & Versiani, 2009).

A TCC tem sido considerada padrão-ouro no tratamento do TAS e diversos protocolos têm demonstrado efetividade no tratamento desta condição, além do expressivo número de ensaios clínicos randomizados com alto rigor metodológico já publicados (Barkowski et al., 2016; Hofmann et al., 2013; Hofmann & Otto, 2008; Hofmann & Smits, 2008; Ponniah & Hollon, 2008; Otte, 2011). Em recente meta-análise que avaliou o efeito de tratamentos psicológicos no TAS, Acatürk, Cuijpers, Van Straten e De Graaf (2009) observaram um tamanho de efeito médio (d) de 0,70 em relação à intervenção em TCC sobre medidas de ansiedade social.

Diferentes fatores estão associados e afetam a resposta ao tratamento a TCC no TAS. A literatura aponta que o grau de severidade dos sintomas de ansiedade social no pré-tratamento; o número de situações sociais temidas; a adesão às tarefas de casa, principalmente

aos exercícios de exposição; frequência de pensamentos distorcidos durante as interações sociais; presença de TAS generalizado e de comorbidades como, depressão, transtorno de personalidade evitativa, dependência de substâncias; e a própria expectativa sobre o resultado do tratamento são as principais variáveis que predizem a resposta ao tratamento com TCC, e devem ser levados em consideração em estudos que avaliam eficácia de intervenções psicoterapêuticas (Heimberg, 2002).

Em relação à presença de comorbidade associada ao TAS e a resposta ao tratamento especificamente, alguns estudos apontam que a presença de uma ou mais comorbidades está associada com maior prejuízo e sofrimento, afetando significativamente a resposta à terapia (Belzer & Schneier, 2004). É observado ainda que apesar da TCC estar associada à uma redução da ansiedade social, os sintomas depressivos permanecem elevados após o final do tratamento (Joormann, Kosfelder, & Schulte, 2005). Outro dado revelante sobre a relação entre tratamento e depressão é que pacientes com TAS e sintomas depressivos abandonam o tratamento de forma mais recorrente. Chambless, Tran e Glass (1997), por exemplo, observaram que a gravidade dos sintomas depressivos em uma amostra de pacientes com TAS que receberam intervenção em TCC em grupo foi o maior preditor de resposta ao tratamento, sendo que pacientes com maior severidade em sintomas depressivos antes de receber a intervenção apresentaram pior resposta ao tratamento.

É importante destacar que apesar da reconhecida eficácia da TCC no tratamento do TAS, sendo considerada a primeira escolha de tratamento, muitos pacientes permanecem sintomáticos após o tratamento com TCC, apresentando dificuldades consideráveis nas situações sociais após a finalização da intervenção (Hofmann, 2007). Heimberg et al. (1998), por exemplo, observaram que somente 48% dos pacientes com TAS que receberam intervenção em TCC foram classificados como respondentes após o final da intervenção. Mesmo com a farmacoterapia, observa-se em muitos casos uma resistência ao tratamento (Menezes, Fontenelle, Mululo, & Versiani, 2007). Assim, independente do tratamento adotado, uma parcela considerável de pacientes apresenta pouca ou nenhuma melhora após a intervenção terapêutica, sendo alto os níveis de abandono, principalmente entre os pacientes que apresentam comorbidade com depressão.

Tais achados têm grande significância clínica, uma vez que há uma parcela significativa de indivíduos com TAS com ou sem comorbidade, que ainda apresenta sofrimento acentuado após a finalização do tratamento. Tal fato indica tanto a necessidade de refinamento das técnicas cognitivo-comportamentais já existentes, quanto a busca por novas

estratégias terapêuticas visando uma redução mais significativa das limitações associadas a ansiedade social.

1.5 Terapia Cognitiva Processual

A Terapia Cognitiva Processual (TCP) é uma nova abordagem dentro do campo da TCC que foi desenvolvida pelo psiquiatra brasileiro Irismar Reis de Oliveira, na Universidade Federal da Bahia. Esta nova proposta terapêutica vem adquirindo destaque em centros internacionais de pesquisa e intervenção em TCC, principalmente nos Estados Unidos (I. R. Oliveira, comunicação pessoal, 06 de setembro de 2016).

A TCP foi inspirada no romance “O Processo” do escritor tcheco Franz Kafka e apresenta-se como metáfora de um processo judicial. Neste livro o personagem Joseph K., por razões nunca reveladas, é preso e em última instância condenado e executado sem que nunca lhe seja permitido saber de qual crime foi acusado (De Oliveira, 2011; Kafka, 2006).

Assim como a TCC, a TCP apresenta técnicas como a psicoeducação, reestruturação cognitiva, exposições ao longo do tratamento e tarefa de casa, partilhando assim dos mesmos pressupostos teóricos da TCC. Entretanto, esta nova abordagem cognitivo-comportamental apresenta características ímpares que a distinguem da TCC tradicional, como conceitualização cognitiva, questionários e técnicas próprias (De Oliveira, 2015a; de Oliveira et al., 2015b; Morrison et al., 2015)

A principal técnica da TCP, o Registro de Pensamentos Baseado no Processo (RPBP) ou simplesmente “Processo”, consiste em um registro de pensamentos com sete colunas e constitui-se como uma analogia de um julgamento, no qual o terapeuta engaja o paciente de forma bastante vivencial na simulação de um processo judicial, e tem como objetivo auxiliá-lo a identificar e mudar suas crenças centrais disfuncionais. O RPBP é uma técnica estruturada e pode ser muito útil em auxiliar os pacientes a se conscientizarem das auto-acusações (crenças centrais disfuncionais) e a desenvolverem crenças mais positivas e realistas. Assim, diferentemente do que ocorre com Joseph K., o paciente é estimulado a questionar as auto-acusações e a desenvolver crenças centrais mais positivas ao longo da terapia (De Oliveira, 2007; De Oliveira, 2011).

O Processo é uma técnica extremamente vivencial que foi desenvolvida para lidar com pensamentos automáticos do tipo “*sim...mas*” provenientes de crenças centrais disfuncionais que desqualificam as conquistas do paciente e os pensamentos alternativos racionais e mais realistas desenvolvidos ao longo da terapia (De Oliveira, 2007). O RPBP incorpora outras

técnicas utilizadas tanto na TCC (técnica da seta descendente, exame de evidências, técnica do advogado de defesa, reversão de pensamento), quanto em outras psicoterapias, como a técnica da cadeira vazia, bastante utilizada na Gestalt (Perls, 1973).

A técnica consiste em um registro de pensamentos com sete colunas, conduzido por terapeuta e paciente durante a sessão e simula um processo judicial. A primeira coluna refere-se à investigação ou estabelecimento da acusação, onde se buscam os pensamentos automáticos relacionados ao estado emocional atual do paciente com o intuito de descobrir a crença central ativada (acusação). A segunda coluna corresponde à alegação do(a) promotor(a), onde o paciente registra as evidências que sustentam a acusação (crença central disfuncional identificada na coluna 1). A coluna 3 corresponde à atuação da defesa: neste momento o paciente é estimulado a identificar todas as evidências que não sustentam a acusação, sendo que o paciente, no papel de advogado(a) de defesa é solicitado a listar estas evidências. A coluna 4 representa a réplica do(a) promotor(a) à alegação da defesa: o paciente, no papel da promotoria, é estimulado a desqualificar as evidências positivas apresentadas anteriormente pela defesa, utilizando a conjunção “mas” para isto. A quinta e sexta colunas representam a tréplica da defesa e neste momento ocorre uma inversão de sentença: o paciente, representando a figura de advogado(a) de defesa, desqualifica os argumentos apresentados na réplica do(a) promotor(a) utilizando a conjunção “mas” e reapresenta os argumentos da coluna 3, anotando, posteriormente, o significado da tréplica. Por fim, na sétima coluna, o paciente avalia a consistência do processo e é neste momento que ocorre o veredicto do júri, sendo que terapeuta e paciente ocupam o papel de jurados, avaliando qual das partes apresentou mais fatos ou distorções ao longo de todo o processo (De Oliveira, 2011).

Apesar de ainda não haver até o momento nenhum trabalho na literatura que avaliou a eficácia da TCP, algumas pesquisas têm mostrado a efetividade do Processo em diferentes medidas. De Oliveira (2008), por exemplo, observou uma redução na ativação das crenças centrais disfuncionais e nas emoções a elas associadas com a utilização do Processo em 30 pacientes com diferentes transtornos psiquiátricos durante uma sessão. Em outro estudo com *design* metodológico similar, De Oliveira et al. (2012a) observaram uma redução no crédito dado à crença central e nas emoções associadas durante a aplicação do Processo em 166 pacientes com diversos diagnósticos psiquiátricos. Quando comparado os níveis de exposição dos terapeutas quanto ao uso do Processo, não se observaram diferenças significativas nos resultados, indicando que o Processo é uma ferramenta útil independente da experiência do clínico em seu uso. Tais resultados foram confirmados em um estudo recente (Delavechia,

Velasquez, Duran, matsumoto, & Oliveira, 2016) onde o Processo foi aplicado em 39 pacientes com diferentes diagnósticos. Os dados obtidos até o momento em relação à efetividade do Processo em diferentes transtornos psiquiátricos indicam que a TCP pode ser uma nova abordagem transdiagnóstica para o tratamento de diferentes quadros.

No contexto do tratamento do TAS, um recente ensaio clínico randomizado (De Oliveira et al., 2012b; Powell et al., 2013) comparou a utilização do Processo com técnicas convencionais da TCC no tratamento da ansiedade social. Em ambos os grupos os participantes receberam um total de 12 sessões individuais, de duração de 1 hora cada. Até a quinta sessão, o conteúdo das intervenções foi o mesmo, diferindo-se a partir da sexta sessão: em um grupo foi utilizado o Processo para modificação de crenças centrais; e no outro grupo técnicas tradicionais da TCC. O Processo mostrou-se mais eficaz do que as técnicas cognitivo-comportamentais em reduzir o medo da avaliação negativa a partir da metade da intervenção e no pós-teste, e tão eficaz quanto a TCC na diminuição de escores de diferentes escalas. O Processo mostrou-se ainda mais eficaz que a TCC tradicional em aumentar vários domínios da qualidade de vida tanto após o final da intervenção, quanto em avaliação *follow up*. É importante salientar ainda que o objetivo deste estudo foi avaliar a influência que a mudança das crenças centrais gera nos sintomas de ansiedade social e na qualidade de vida, sendo que a exposição não foi encorajada entre os participantes.

O significativo foco na reestruturação cognitiva que a TCP apresenta através principalmente do Processo, sendo esta técnica um recurso que mobiliza significativas respostas emocionais nos pacientes, dado seu caráter vivencial, tornam esta nova abordagem uma intervenção útil no tratamento do TAS, uma vez que a literatura aponta que intervenções que promovem reestruturação cognitiva são eficazes na redução da ansiedade social presente no TAS (Clark et al., 2006; Mörtberg et al., 2007; Ougrin, 2011). Adicionalmente, como a literatura tem apontado o Processo como uma técnica eficaz no tratamento de diferentes transtornos psiquiátricos, é possível que a utilização da TCP promova ainda uma redução significativa nos quadros comórbidos frequentemente associados ao TAS, haja vista o potencial caráter transdiagnóstico desta nova intervenção. Entretanto, estudos que avaliam a aplicação de todo o protocolo de intervenção em TCP devem ser realizados com o intuito de avaliar a eficácia desta nova abordagem não somente no tratamento do TAS, mas também em outros transtornos psiquiátricos.

JUSTIFICATIVA

2 JUSTIFICATIVA

O TAS é uma condição com alta prevalência na população, sendo um dos quadros mais comuns em saúde mental. Apresenta idade de início precoce, curso crônico e é associado a inúmeros prejuízos na qualidade de vida, desempenho profissional, educacional e pessoal. Entretanto, ainda é um quadro subdiagnosticado e pouco conhecido entre os profissionais da saúde. Além disso, uma parcela significativa de pacientes não respondem ao tratamento com TCC e farmacoterapia, ambos considerados como padrão-ouro no tratamento do quadro, permanecendo sintomáticos após a finalização da intervenção.

Tais considerações apontam para a necessidade de pesquisas tanto sobre as terapêuticas já existentes, no sentido de refiná-las de modo a contemplar essa parcela de indivíduos com TAS que não se beneficia das intervenções atuais; quanto para o desenvolvimento de estudos sobre novas formas de tratamento.

A TCP pode ser muito útil no tratamento do TAS por ser uma abordagem desenvolvida para identificar e modificar as crenças centrais disfuncionais dos pacientes e promover de modo vivencial uma profunda reestruturação cognitiva. Entretanto, apesar de haver alguns estudos que apontam a eficácia do Processo no tratamento do TAS e em outros transtornos psiquiátricos, não há registro até o momento de nenhum estudo que avaliou a aplicação de todo o protocolo da TCP.

Assim, este é o primeiro ensaio clínico randomizado publicado na literatura que avaliou a aplicação da TCP no tratamento do TAS, comparando com um grupo de participantes randomizados para a condição lista de espera e um grupo de participantes sem transtornos psiquiátricos. Diferente de outros estudos que avaliaram somente o uso do Processo em algumas variáveis, esta pesquisa de doutorado constitui-se como um trabalho pioneiro no estudo da TCP, uma vez que avaliou a efetividade de toda a intervenção e comparou os resultados entre participantes que apresentam TAS, mas que não receberam tratamento. A pesquisa avaliou ainda se a intervenção em TCP modifica o viés atencional dos participantes.

Hipotetiza-se que os pacientes que receberam a intervenção apresentarão uma redução significativa nos sintomas de ansiedade social. Como a literatura tem apontado para uma eficácia do uso do Processo em diferentes condições psiquiátricas, hipotetiza-se ainda que os pacientes tratados apresentarão uma redução significativa em diversos outros sintomas, além de redução no viés atencional.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

O objetivo geral do presente trabalho é avaliar um programa de intervenção individual em TCP no tratamento do TAS, visando investigar seus efeitos sobre a ansiedade social, depressão, ansiedade e o viés atencional, e comparar os resultados com um grupo de participantes com TAS, sem, entretanto, receber intervenção. O projeto tem como objetivos específicos:

- 1) Aplicar e avaliar o programa em um projeto piloto;
- 2) Avaliar a efetividade da intervenção sobre sintomas de ansiedade social, depressão e ansiedade, e comparar com um grupo de participantes sem TAS que não receberam intervenção;
- 3) Avaliar quais possíveis mecanismos da intervenção podem estar relacionados aos resultados obtidos ao final do tratamento entre os participantes do grupo experimental;
- 4) Avaliar a presença de viés atencional antes e após a intervenção entre os diferentes grupos, e comparar com um grupo de participantes sem sintomas psiquiátricos.

É importante salientar que os resultados do estudo serão apresentados em quatro seções distintas (Seção I, Seção II; Seção III; Seção IV) de modo a responder a cada objetivo específico da pesquisa.

MATERIAIS E MÉTODOS

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Delineamento

A pesquisa caracteriza-se como um ensaio clínico randomizado aberto com dois braços: em uma das condições os participantes com TAS recebem tratamento (grupo experimental, denominado ainda como TCP) e em outra condição os participantes com TAS não recebem intervenção (grupo lista de espera). Adicionalmente, a pesquisa conta com um grupo de participantes saudáveis, para responder ao quarto objetivo específico do estudo. Assim, o estudo envolve um delineamento experimental, com um grupo experimental e dois grupos de comparação. A pesquisa foi cadastrada e aprovada pelo Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (RBR-98qjbw).

Inicialmente, foi delineado um N de no mínimo 60 participantes (20 em cada grupo) para realização do estudo. O N mínimo de 20 participantes por grupo foi definido com base em um tamanho amostral que permita detectar um efeito estatisticamente significativo. Cozby (2009), por exemplo, define que apesar de haver procedimentos formais para calcular o tamanho da amostra, uma norma prática recomenda um N de 20 participantes por condição, sendo este número suficiente para avaliar o efeito da manipulação da variável independente. A seleção do tamanho da amostra também foi pautada com base nos estudos de diferentes centros de pesquisa internacionais, uma vez que é comum encontrar na literatura ensaios clínicos randomizados na abordagem de TCC que utilizam um N que varia entre 20 a 30 participantes por grupo, ou até com uma amostra menor por condição (Ciraulo et al., 2013; Hoexter et al., 2013; Niles, Mesri, Burklund, Lieberman, & Craske, 2013; Wuthrich & Rapee, 2013).

O grupo experimental é composto por participantes diagnosticados com TAS e submetidos à intervenção individual em TCP. O grupo lista de espera é composto por participantes diagnosticados com TAS, sem, entretanto, receber intervenção inicialmente. Os participantes com TAS foram distribuídos de maneira randômica entre estes dois grupos. Já o grupo de comparação saudável é composto por participantes sem TAS e sem sintomas psiquiátricos.

De modo sucinto, uma vez que o detalhamento metodológico da avaliação, randomização e intervenção encontram-se descritos nas seções posteriores, a pesquisa ocorreu em três etapas, a saber: pré-teste, onde foram aplicadas diferentes escalas de auto-relato, realizada entrevista diagnóstica e aplicado o teste de Stroop emocional; intervenção em TCP,

onde somente o grupo experimental recebeu intervenção individual em TCP, sendo que em todas as sessões os participantes respondiam a alguns instrumentos de auto-relato de modo a gerar dados sobre o desenvolvimento das sessões e os possíveis mecanismos de ação do tratamento; e, por fim, pós-teste, onde todos os participantes foram novamente avaliados com escalas e questionários, e aplicado o teste de Stroop emocional. Ao final da avaliação pós-teste, foi oferecido tratamento para os participantes do grupo lista de espera (com TAS e sem intervenção inicial). A terapeuta do estudo é psicóloga com cinco anos de experiência clínica. A mesma realizou quatro formações em TCP e possui certificação como Terapeuta Cognitiva Processual, atuando ainda na abordagem da TCC.

Os procedimentos de avaliação foram realizados tanto pela pesquisadora, quanto por dois pesquisadores externos ao estudo; e o procedimento de randomização foi realizado por um pesquisador externo à pesquisa. Tais pesquisadores são psicólogos e integrantes do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC-USP) com experiência na área clínica.

4.2 Local

Todas as avaliações e intervenções terapêuticas descritas neste estudo foram realizadas nas dependências da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP), a saber: no Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicadas (CPA) e na Casa 34, ambos os espaços físicos pertencentes ao Departamento de Psicologia da FFCLRP; e no LaPICC - USP, que conta com duas salas.

4.3 Cuidados éticos

Todos os procedimentos relativos à ética na pesquisa foram tomados em conformidade com a Resolução no. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi submetido a análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FFCLRP através da Plataforma Brasil em 05/11/2013. O primeiro parecer foi emitido em 17/12/2013, onde foram solicitadas mudanças para aprovação do mesmo. Após a realização das mudanças solicitadas, o projeto foi novamente submetido para análise do CEP, sendo aprovado em 21/02/2014 (Anexo A).

Uma vez que a coleta de dados ocorreu no CPA e Casa 34 da FFCLRP, foi necessário a submissão do projeto de pesquisa ao Conselho-Diretor do CPA, objetivando a aprovação de coleta de dados relacionada à pesquisa em suas dependências. O projeto foi submetido em

01/10/13 e em 30/10/13 foi emitido o primeiro parecer do Conselho-Diretor, solicitando maiores esclarecimentos quanto à execução da pesquisa. Após modificações, o projeto foi novamente submetido à análise, recebendo aprovação do CPA em 15/12/2013, liberando, portanto, o uso do espaço físico do CPA para a realização da coleta de dados.

Foi apresentado termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B) a todos os participantes da pesquisa. O conteúdo desse documento assegura ao indivíduo que sua participação é voluntária, tendo este o direito de retirar seu consentimento a qualquer instante e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo para si. Foi informado ainda aos participantes sobre os devidos cuidados éticos, como: sigilo, não obrigatoriedade de participação, minimização de riscos aos participantes, não retaliação em caso de desistência, entre outros. Adicionalmente, foi apresentado um termo de banco de dados (Anexo C) referente a coleta e armazenamento das informações obtidas em banco de dados, e utilização em pesquisas posteriores. Este termo contemplou questões como: responsável institucional pelo banco de dados e informação de que os dados fornecidos poderão ser utilizados em pesquisas futuras. Tal documento visa garantir aos participantes que suas informações serão utilizadas em pesquisas futuras somente com sua anuência, sendo preservado o sigilo. Após o término das intervenções do grupo experimental, foi oferecido tratamento ao grupo lista de espera, sendo realizada intervenção com aqueles que mostraram interesse em receber tratamento.

4.4 Instrumentos

Os seguintes instrumentos foram utilizados para avaliação do diagnóstico de TAS, assim como para avaliação da presença de outras comorbidades; sintomas depressivos e de ansiedade; distorções cognitivas; viés atencional; e ansiedade social, medo de avaliação negativa e esquiva e desconforto em situações sociais:

Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV: *A Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-IV), denominada em português como Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I, é uma entrevista semi-estruturada que permite avaliação e diagnóstico de transtornos do eixo I de acordo com o DSM-IV, sendo observadas diferentes versões deste instrumento. A versão pesquisa (SCID-I-RV) é a mais completa e referenciada como padrão, uma vez que contempla um número maior de transtornos, subtipos, severidade e especificadores sobre o curso do transtorno, além de incluir todos os critérios diagnósticos

para avaliação de uma patologia. É organizada em diferentes módulos e é utilizada tanto na área de pesquisa, quanto na área clínica, sendo comum a modificação do instrumento (como a utilização de somente alguns módulos) conforme as necessidades e objetivos da pesquisa. Esta versão é utilizada principalmente para selecionar uma população específica em determinado estudo, sendo que apresenta dois subtipos: o SCID-I-P (*Patient Edition*), geralmente utilizado com pacientes identificados como psiquiátricos; e o SCID-I/NP (*Non-patient Edition*), geralmente utilizado em estudos onde os participantes não são identificados como psiquiátricos, sendo que os módulos de ambos os subtipos são os mesmos (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996; 2002)

Já a versão clínica (SCID-CV) é uma adaptação da SCID-I-RV, sendo uma versão resumida desta que objetiva avaliar os transtornos mais comumente observados na área clínica, podendo ser utilizada também em pesquisas. Geralmente é utilizada em estudos onde se objetiva descrever as características diagnósticas de uma amostra.

No presente estudo, foi utilizada a versão pesquisa SCID-I/P 2.0, desenvolvida por First, Spitzer, Gibbon e Williams (2002) e traduzida para o português por Tavares (1996). Foram utilizados os critérios diagnósticos para TAS presentes no módulo F (transtornos de ansiedade) da SCID-I/P com o objetivo de confirmar não somente a presença de sintomas de TAS, mas também avaliar se estes eram suficientes para o preenchimento dos critérios diagnósticos de tal condição de acordo com o DSM-IV. Foram utilizados ainda os módulos A (episódios de humor), B (sintomas psicóticos e associados), E (transtornos do uso de álcool e outras substâncias), e F (transtornos de ansiedade e outros transtornos) da versão clínica da SCID (SCID-CV), desenvolvida por First, Spitzer, Gibbon e Williams (1996) e traduzida e adaptada para o contexto brasileiro por Del-Ben et al. (2001). Tal versão foi utilizada para avaliar a presença de outras categorias diagnósticas na amostra, indicando a presença de comorbidades.

Inventário de Fobia Social (SPIN): escala de auto-relato composta por 17 itens que objetiva mensurar os sintomas fisiológicos de ansiedade, o medo e a evitação relacionados a situações sociais, características estas associadas ao TAS. O participante deve avaliar em cada item da escala o quanto as situações o incomodaram na última semana. O instrumento é composto por uma escala do tipo Likert de 5 pontos, sendo que o escore varia entre 0 a 68 pontos. Foi criada por Connor et al. (2000) e validada para o contexto brasileiro por Osório, Crippa e Loureiro (2009), sendo que apresenta boas propriedades psicométricas. De acordo com o estudo original de Connor et al. (2000), a escala apresenta maior sensibilidade e especificidade para

avaliação de sintomas de TAS com o ponto de corte de 19. A SPIN tem se mostrado como um instrumento sensível para avaliação de tratamentos psicoterápicos e/ou farmacoterápicos sobre os sintomas de TAS, permitindo a clínicos e pesquisadores a avaliação da ansiedade social antes e após o tratamento (Osório, Crippa, & Loureiro, 2009). Na presente pesquisa, este instrumento foi utilizado como instrumento de medida de eficácia primária da intervenção.

Escala de Medo de Avaliação Negativa (FNE): esta escala de auto-relato foi criada por Watson e Friend (1969) e traduzida e adaptada para o contexto brasileiro por Silva e Nardi (2009). O instrumento tem como objetivo avaliar o medo relacionado a avaliações sociais, sendo composto por 30 itens, que permitem respostas do tipo verdadeiro ou falso. Juntamente com a *Social Avoidance and Distress Scale*, é utilizada para avaliação da ansiedade social. Uma vez que a presente pesquisa avalia uma nova intervenção em TCC em população com TAS, mensurar o medo da avaliação negativa, uma das principais características do quadro, é útil para fornecer dados sobre a efetividade do tratamento na diminuição dos sintomas de ansiedade social.

Escala de Esquiva e Desconforto Social (SADS): instrumento autoaplicável também desenvolvido por Watson e Friend (1969) e traduzido e adaptado para o contexto brasileiro por Levitan, Nascimento, Freire, Mezzasalna e Nardi (2008). Avalia a evitação que o indivíduo apresenta de situações sociais e o desconforto sentido em tais situações, sendo composta por 28 itens com respostas do tipo verdadeiro ou falso. Foi utilizada no presente estudo para avaliar possíveis mudanças nas respostas de esquiva de situações sociais e o mal-estar associado a tais situações, haja vista que estas também são características marcantes do TAS.

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI): esse instrumento configura-se como uma escala de auto-relato criada por Beck et al. (1988) e traduzida e validada para o contexto brasileiro por Cunha (2001). É composta por 21 itens que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade. O participante deve avaliar em uma escala de quatro pontos o nível de severidade de cada um dos sintomas percebidos na semana anterior à avaliação. O escore total corresponde ao somatório dos escores de cada um dos 21 itens individuais, e pode variar de 0 a 63. O BAI permite classificar os respondentes em diferentes níveis de intensidade da ansiedade, sendo que escores com pontuação até 10 pontos indicam ausência de sintomas de

ansiedade (ou presença mínima); entre 11 a 19 pontos, intensidade leve; escores entre 20 a 30 pontos, ansiedade moderada; e, por fim, escores entre 31 a 63, intensidade grave de ansiedade.

Inventário de Depressão de Beck (BDI-II): este instrumento, que também é uma escala de auto-relato, foi criado por Beck et al. (1961) e adaptado para o português por Cunha (2001), sendo a versão mais recente do instrumento adaptado por Gorenstein, Pang, Argimon e Werlang (2011). O instrumento permite mensurar a intensidade de depressão em adultos. O BDI-II possui 21 grupos com 4 declarações cada que objetivam avaliar o componente cognitivo, comportamental e emocional da depressão. Esta escala varia de 0 a 3 e discrimina a intensidade dos sintomas depressivos, sendo que escores entre 0 a 13 pontos indicam ausência de sintomas depressivos (ou presença mínima); de 14 a 19 pontos, intensidade leve de depressão; de 20 a 28 pontos, escores moderados de depressão; e, por fim, de 29 a 63 pontos, depressão grave .

Questionário de auto-relato (SRQ): é um questionário composto por 20 questões, com o objetivo de identificar sofrimento psíquico através da presença ou ausência de sintomas como insônia, dificuldade de concentração, problemas de memória, irritabilidade, ansiedade, depressão e aspectos somáticos. Escores superiores a sete pontos indicam maior probabilidade do respondente apresentar transtornos mentais e sofrimento mental. Foi desenvolvido por Harding et al. (1980) e validado no Brasil por Mari e Williams (1986), e é utilizado na presente pesquisa para discriminar a presença de sintomas psiquiátricos.

Questionário Sobre a Saúde do Paciente–9 (PHQ-9): é uma escala de auto-relato composta por 9 itens, que tem como objetivo discriminar sintomas depressivos e indicativos de Transtorno Depressivo Maior, de acordo com o DSM-IV. Foi construída por Kroenke, Spitzer e Williams (2001), e validada para o português por Osório, Mendes, Crippa e Loureiro (2009). Quanto à interpretação dos escores, Kronke e Sptizer (2002) propõe que escores com valores até 4 indicam ausência de sintomas depressivos; escores entre 5 a 9, sintomas leves, sendo indicado somente observação e replicação do instrumento em avaliação *follow-up*; e acima de 10 pontos, presença de sintomas moderados e severos de depressão, com a necessidade de algum tipo de intervenção terapêutica. Em estudo mais recente, primeiro no Brasil onde foi aplicado o PHQ-9 em população geral, Santos et al. (2013) encontraram como ponto de corte escores superiores ou iguais a 9, tendo este valor boa sensibilidade em detectar indivíduos com indicativo de episódio depressivo maior.

Questionário de Distorções Cognitivas (CD-Quest): instrumento composto por 15 questões que permitem identificar a ocorrência de distorções cognitivas dos indivíduos. Na área clínica, é indicado para aplicação semanal com os pacientes, pois além de permitir a identificação da distorção específica ocorrida na semana, permite avaliar frequência (quantidade de dias da semana que ocorreu) e intensidade (crédito dado à distorção no momento em que ocorreu), constituindo-se, portanto, como medida de avaliação da própria da terapia. Cada questão possui escore que varia entre 0 a 5, sendo que o questionário total permite um escore de até 75 pontos. Foi construído e validado no Brasil por De Oliveira et al. (2015), sendo que apresenta boas propriedades psicométricas. Foi validado para o inglês por Kostoglou e Pidgeon (2015) através da aplicação em universitários australianos; sendo aplicado também em universitários norte-americanos (Morrison et al., 2015). Em todos os estudos, o instrumento apresentou boas propriedades psicométricas. No presente estudo, é aplicado somente nos participantes do grupo experimental a partir da 3ª sessão.

Lista de itens de exposição a diferentes situações sociais: lista de 60 itens relacionados a diferentes ações sociais como telefonar na frente de pessoas conhecidas e desconhecidas, usar banheiro público, comer e beber em público, entre outros, onde o indivíduo deve avaliar em uma escala do tipo Likert que varia entre 0 a 5 pontos (sendo 0 exposição confortável ou indiferente; 1 exposição que provoca desconforto leve; 2 exposição que provoca desconforto médio ou moderado; 3 exposição que provoca desconforto intenso; 4 exposição que provoca sofrimento e que o indivíduo enfrenta apenas se for muito necessário ou quando não há alternativa; e 5 exposição que provoca sofrimento tão intenso que o indivíduo não consegue nem se imaginar realizando) o nível de desconforto ou sofrimento ao se imaginar expondo à cada situação. A escala é denominada de Hierarquia de Sintomas Codificados por Cores (HSCC), uma vez que escores entre 0 e 1 são indicados como nível azul; escores entre 2 e 3 como nível verde; escore 4 como nível amarelo; e, por fim, escore 5 como nível vermelho. A lista de itens de exposição é utilizada na presente pesquisa somente com os participantes do grupo experimental, sendo utilizada em todas as sessões para avaliação da percepção do indivíduo quanto à dificuldade em realizar diferentes exposições, e para escolha das atividades de enfrentamento da semana, como tarefa de casa. Tanto a lista, quanto a HSCC, foram desenvolvidas pelo Prof. Irismar Reis de Oliveira, criador da TCP, e gentilmente cedidas, juntamente com o protocolo de intervenção, para utilização na presente pesquisa. Tanto a lista, quanto a HSCC, encontram-se no Anexo D.

Teste de Stroop emocional: este teste é uma versão modificada do Teste de Stroop clássico (Stroop, 1935). Durante o experimento clássico, os participantes são solicitados a nomear a cor da tinta de palavras cujo conteúdo representa nomes de cores. Na versão modificada (Stroop emocional) (Williams, Mathews, & MacLeod, 1996) a principal variação reside na valência emocional das palavras apresentadas, sendo que indivíduos ansiosos apresentam maior latência de resposta para indicar o nome das cores de palavras relacionadas à ameaça (Calamaras, Tones, & Anderson, 2012). Uma vez que o teste de Stroop emocional envolve tarefas relacionadas à identificação de cores de palavras, foi utilizado o teste de Ishihara (Ishihara, 1966) com o intuito de avaliar a visão para cores dos participantes. Este teste permite uma rápida avaliação para cegueira de cores e permite distinguir entre cegueira total e níveis de deficiência das cores. O teste de Stroop emocional foi utilizado com o objetivo de avaliar a presença de viés atencional no processamento cognitivo dos participantes, sendo este dado avaliado antes e após a aplicação da intervenção, em todos os grupos da pesquisa. A construção do paradigma experimental encontra-se detalhada na seção 4.10.1. Construção do Paradigma Experimental.

4.5 Participantes

A amostra é composta por 58 participantes de ambos os sexos com idade entre 18 e 45 anos e que compõe três grupos: o diagnosticado com TAS e submetido à intervenção em TCP (grupo experimental); o diagnosticado com TAS sem receber, entretanto, intervenção inicial (grupo lista de espera); e o grupo sem TAS e sem sintomas psiquiátricos (grupo saudável).

4.6 Critérios de inclusão

Inicialmente, foi estabelecido como critério de inclusão na amostra pessoas com faixa etária entre 18 a 35 anos. Entretanto, devido às dificuldades de recrutamento de participantes, optou-se por aumentar a faixa etária da pesquisa, sendo estabelecido como critério de inclusão a faixa etária entre 18 e 45 anos. Portanto, foram incluídos na amostra pessoas com idade entre 18 e 45 anos, de ambos os sexos e que mostraram ser capazes de ler e escrever, e compreender e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

O grupo experimental e o grupo lista de espera são constituídos por sujeitos com diagnóstico de TAS de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), sendo TAS o diagnóstico

primário observado. Inicialmente, para composição destes grupos (participantes com TAS), foram definidos os seguintes critérios de inclusão: escores iguais ou superiores a 19 pontos na SPIN; escores superiores ou iguais a 20 pontos na BAI, indicando minimamente a presença de ansiedade moderada ou grave na amostra; escores iguais ou inferiores a 11 pontos no BDI e escores iguais ou inferiores a 6 pontos no PHQ – 9, indicando, portanto, ausência de sintomas depressivos nos indivíduos com TAS; e escores inferiores a 7 pontos no SRQ, indicando ausência de outros possíveis transtornos mentais, e, portanto, presença de comorbidades entre os participantes. Caso o participante pontuasse escores iguais ou superiores na SPIN, seria realizada entrevista diagnóstica, sendo utilizado o módulo F, seção Fobia Social, da SCID – I/P, com o intuito de avaliar o diagnóstico de TAS. Assim, inicialmente foi definido que participariam do estudo compondo grupo experimental e lista de espera indivíduos somente com TAS e sem presença de nenhuma outra comorbidade psiquiátrica.

Entretanto, com o desenvolvimento da pesquisa e a grande dificuldade em recrutar indivíduos que apresentassem somente o diagnóstico de TAS, uma vez que a presença de outras comorbidades como a depressão é muito comum nesta população, principalmente em casos mais crônicos, optou-se por manter como critério de inclusão para os grupos experimental e lista de espera escores iguais ou superiores a 19 pontos na SPIN e confirmação de TAS como diagnóstico primário através da SCID – I/P, permitindo assim a viabilidade da pesquisa. Como mencionado, foram aceitos para composição destes grupos somente indivíduos que apresentaram TAS como diagnóstico primário e principal.

Já os critérios de inclusão do grupo de comparação saudável foram os seguintes: escores inferiores a 19 pontos na SPIN; escores inferiores a 20 pontos na BAI, escores inferiores a 11 pontos no BDI; escores inferiores a 6 pontos no PHQ-9; e escores inferiores a 7 pontos no SRQ. Assim, este grupo é composto por voluntários saudáveis que não apresentam sintomas de TAS e de outros transtornos psiquiátricos.

4.7 Critérios de exclusão

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão para os grupos experimental e lista de espera: 1) presença de sintomas psicóticos e déficits cognitivos acentuados; presença de TAS como diagnóstico secundário a outros transtornos e patologias (como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, por exemplo), sendo que tais critérios foram avaliados através dos módulos A (episódios de humor), B (sintomas psicóticos e associados), E (transtornos do uso de álcool e outras substâncias), e F (transtornos de ansiedade e outros transtornos) da SCID-

CV; 2) participantes que utilizavam medicamento psiquiátrico que não apresentavam dose estável até um mês antes da data da entrevista e os que estavam em psicoterapia até o início da intervenção e que não desejaram interromper com o tratamento em andamento; 3) indivíduos com faixa etária inferior a 18 anos e superior a 45 anos.

No grupo de comparação saudável especificamente, foram excluídos participantes com escores iguais ou superiores a 19 pontos na SPIN; escores iguais ou superiores a 20 pontos na BAI; escores iguais ou superiores a 11 pontos no BDI; escores superiores a 7 pontos no PHQ-9; e escores iguais e superiores a 7 pontos no SRQ.

4.8 Estudo Piloto

4.8.1 Caracterização

Antes de iniciar a intervenção em TCP com os participantes do grupo experimental, a pesquisadora realizou um estudo piloto para testar e avaliar a intervenção com um participante com TAS, objetivando aprimorar e corrigir possíveis problemas metodológicos do estudo e refinar a intervenção, averiguando sua aplicabilidade.

O participante do estudo piloto, que na ocasião residia em São Carlos (cidade localizada a 102 Km de Ribeirão Preto), soube da pesquisa através de uma psicóloga da cidade que conhecia os trabalhos de pesquisa desenvolvidos no LaPICC-USP, enviando e-mail para solicitar maiores informações sobre o estudo e manifestando interesse em participar das intervenções terapêuticas. A pesquisadora entrou então em contato telefônico com o mesmo, agendando uma entrevista, que foi realizada em 01/11/13.

4.8.2 Avaliação

Na entrevista foram utilizadas as seguintes escalas de auto-relato: SPIN, FNE, SADS, BAI, BDI, PHQ-9 e SRQ. Após preenchimento destas, foi realizada a entrevista diagnóstica com o objetivo de confirmar a presença de TAS e/ou outras comorbidades, sendo utilizada a seção de Fobia Social do módulo F da SCID-I/P e os módulos A, B, E e F da SCID-CV.

O participante respondeu às escalas SPIN, FNE, SADS, BAI e BDI em todas as sessões, sendo que a partir da 2ª sessão o mesmo também respondeu ao CD-Quest. Foram, portanto, realizadas avaliações no pré-teste (entrevista); ao longo de todas as sessões; em uma sessão pós-teste, realizada 22 dias após a última sessão; e em uma avaliação *follow up*, realizada 8 meses após o final da intervenção.

4.8.3 Intervenção

Após realização da entrevista foi confirmado o diagnóstico de TAS subtipo generalizado, sendo o participante então convidado a participar da intervenção em TCP. A intervenção piloto ocorreu entre 29/11/13 e 22/05/14, tendo, portanto, duração de seis meses. Foram realizadas ao todo 16 sessões com frequência semanal, com duração de 1h:30m cada.

Foi utilizado o protocolo de intervenção de De Oliveira et al. (2012) e Powell et al. (2013), gentilmente cedido pelo Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira. Cada sessão terapêutica conteve uma agenda distinta, sendo entregue ao final de cada sessão tanto um resumo do que foi trabalhado durante aquele encontro, quanto um material descritivo da próxima sessão. As sessões foram vídeo gravadas com o consentimento do participante. Após a finalização da entrevista foi agendado um encontro introdutório para entrega de material sobre o que seria trabalhado na 1ª sessão e combinado acerca do dia e horário que as sessões ocorreriam.

Na 1ª sessão foi realizada psicoeducação sobre os seguintes temas: TAS, sendo discutido as principais características e dados epidemiológicos sobre o quadro; ansiedade e transtornos de ansiedade; TCC, TCP e visão geral sobre o tratamento. Além destes temas, fez parte da agenda da 1ª sessão a discussão sobre os conceitos de sofrimento e desconforto, sendo posteriormente apresentado ao participante a lista de 60 itens de exposição a situações sociais, sendo que o mesmo deveria classificar de acordo com a HSCC o nível de desconforto ou sofrimento que sentia ao se imaginar expondo a cada um dos itens da lista. Além de permitir uma hierarquização dos sintomas do paciente, o exercício auxilia este a identificar e discriminar as situações sociais que geram maior ou menor ansiedade e que são causadoras de sofrimento ou desconforto. Esta hierarquia auxilia ainda terapeuta e paciente a escolherem os exercícios de exposição, sendo relatado ao paciente que nunca lhe seria solicitado submeter-se a exposições por ele avaliadas como geradoras de sofrimento (níveis 4 e 5), sendo que o próprio paciente é que escolheria as tarefas por ele avaliadas como 2 e 3 (geradoras de desconforto), e que quando se sentisse à vontade, é que seriam escolhidos itens de exposição avaliados como 4 e 5. Ao final da sessão foram combinadas as tarefas de casa que o paciente deveria realizar ao longo da semana e entregue o material sobre as sessões 2 e 3.

Na 2ª e 3ª sessão foi discutido o modelo cognitivo, sendo apresentado o diagrama de conceituação da TCP, documento que é utilizado em todo tratamento e que apresenta os 3 níveis de cognição, a saber: pensamentos automáticos e sua relação com as situações, emoções, comportamento e respostas fisiológicas; pressupostos subjacentes e comportamentos de segurança, e a importância deste na manutenção do quadro; e crenças centrais. Nestas duas sessões foi discutido somente o primeiro nível do diagrama, sendo

discutido ainda o conceito de distorções cognitivas e apresentado o CD-Quest. Ao final da sessão foram combinadas as tarefas de casa, sendo que na 2ª sessão foi entregue material explicativo sobre o que foi trabalhado na sessão e que seria tema do 3º encontro; e ao final da 3ª sessão, foi entregue material explicativo da 4ª sessão.

O principal item da agenda da 4ª e 5ª sessões foi a apresentação e discussão do Registro de Pensamentos Intrapessoal (RP-Intra) como uma ferramenta de avaliação dos pensamentos automáticos, e de detecção de possíveis distorções cognitivas. O RP-Intra é um registro de pensamentos estruturado que permite avaliar as vantagens e desvantagens do comportamento gerado pelo pensamento automático, as distorções cognitivas que tal pensamento pode apresentar, as evidências a favor e contrárias a tal pensamento e o que pode ser concluído a partir destas evidências, sendo avaliadas ainda as emoções e comportamentos gerados com esta nova conclusão. Além dos exercícios de exposição que o paciente deveria realizar ao longo da semana, foram tarefas de casa destas duas sessões o preenchimento de dois RP-Intra por semana com o intuito de auxiliar o paciente a utilizar essa ferramenta em situações que gerassem desconforto, avaliando se seus pensamentos estavam distorcidos. Ao final da 4ª sessão foi entregue material explicativo sobre o que foi trabalhado na sessão e que seria tema do próximo encontro; e ao final da 5ª sessão, foi entregue material explicativo da 6ª à 8ª sessão.

Entre a 6ª e 8ª sessões foi apresentado ao paciente o 2º nível do diagrama de conceituação da TCP, sendo discutido como os comportamentos de segurança, principalmente os de evitação de situações sociais, impedem a desconfirmação de pensamentos automáticos e de crenças-regra, mantendo o quadro psicopatológico do TAS. Após esta discussão, foi utilizado o *Role-Play* Consensual (RPC), técnica da TCP utilizada quando o paciente se encontra em conflito sobre uma ação que precisa ou gostaria de realizar, mas que ainda se sente temerário em realizá-la e não consegue colocá-la em prática. No tratamento em específico, foram trabalhados comportamentos de enfrentamento de situações sociais, sendo solicitado para que o paciente escolhesse uma ação que precisava ou gostaria de realizar, mas que ainda sentia medo de realizá-la. A técnica é composta por sete passos distintos, a saber: descrição das vantagens e desvantagens da ação; peso das vantagens e das desvantagens do ponto de vista racional e emocional; *role-play* entre razão e emoção, onde o paciente ocupa duas cadeiras distintas e dialoga como “razão” e “emoção”, de modo que cada uma das partes tenta convencer a outra de realizar (geralmente o lado “razão”) ou não (geralmente o lado “emoção”) a ação escolhida; consenso, onde o paciente ocupa a cadeira do “consenso” e resume o que foi discutido entre “razão” e “emoção”; avaliação, onde o paciente reavalia o

peso das vantagens e desvantagens e resume o que vivenciou com o exercício; decisão, onde se pergunta ao paciente se o mesmo está pronto para tomar a decisão desagradável e/ou temida (é válido ressaltar, entretanto, que é frisado para o paciente que o que importa não é a decisão em si, mas sim auxiliá-lo a compreender os motivos de sentir-se temeroso em realizar determinada ação, e com isso, evitá-la, utilizando comportamentos de segurança); e, por fim, plano de ação, onde são trabalhadas em um documento específico as pequenas ações que compõem o comportamento escolhido, possíveis obstáculos e modos de contorná-los, e acompanhamento da implementação da ação, auxiliando assim o paciente a ter maior sucesso na execução da ação discutida. Ao final da 6ª sessão, foi entregue material explicativo sobre o que foi trabalhado na sessão e que seria tema dos dois próximos encontros; e ao final da 8ª sessão, foi entregue material explicativo da 9ª sessão. Ao final de todas as sessões foram combinadas as tarefas de casa de exposição, sendo sempre utilizada a lista de 60 itens de exposição a situações sociais para auxiliar o paciente e terapeuta a decidirem quais enfrentamentos seriam realizados ao longo da semana.

Entre a 9ª e 13ª sessões foi apresentado o 3º nível do diagrama de conceituação, a saber: crenças centrais e sua relação com os demais níveis de funcionamento cognitivo, sendo discutido com o paciente tanto sobre a formação deste nível mais profundo de cognição, que ocorre principalmente na infância e adolescência, quanto as consequências quando existe um excesso de ativação de crenças centrais negativas, independentemente da situação. Com o objetivo de avaliar e manejar este último nível de cognição foi utilizada a técnica Processo. O Processo é um registro de pensamentos estruturado desenvolvido para auxiliar o paciente a identificar e modificar o conteúdo de suas crenças centrais negativas de forma experiencial. Durante a utilização do Processo, o terapeuta engaja o paciente na simulação de um processo judicial, sendo realizado através de técnicas vivenciais um julgamento onde a crença central negativa torna-se a acusação estabelecida contra o réu-paciente.

O Processo é constituído por 7 passos, a saber: 1) estabelecimento da acusação/inquérito (ex.: “*sou estranho*”, “*sou inadequado*”); 2) primeira alegação da promotoria, onde são citadas as evidências que sustentam a acusação, e o paciente, ao sentar-se em uma cadeira direcionada à promotoria, vivencia e articula as acusações contra o réu, representando o papel de promotor(a); 3) primeira alegação da defesa, onde são apresentadas todas as evidências ou provas que contestam a acusação-crença central, sendo que o paciente senta-se em uma cadeira direcionada à defesa e representa o advogado(a) de defesa do réu; 4) réplica da promotoria, onde são apresentados argumentos que questionam a alegação da defesa, devendo o paciente sentar-se novamente na cadeira da promotoria e, incentivado pelo

juiz-terapeuta, desqualificar cada argumento previamente apresentado pela defesa; 5) tréplica da defesa (inversão de sentenças), onde a defesa reapresenta os argumentos já citados na primeira fala, sendo que o paciente novamente senta-se na cadeira de advogado(a) de defesa e reapresenta os argumentos apresentados na primeira alegação; e significado das evidências apresentadas pela defesa, onde o paciente, ainda na cadeira de advogado(a) de defesa, escreve o significado de cada sentença previamente apresentada; 6) veredito dos jurados, onde terapeuta e paciente ocupam a cadeira do júri, e através da lista de definições das diferentes distorções cognitivas, avaliam os argumentos apresentados tanto pela promotoria, quanto pela defesa, averiguando qual das partes apresentou mais fatos e qual cometeu um número maior de distorções cognitivas, com o intuito de decidir pela inocência ou culpabilidade do réu-paciente após detalhada análise; e, por fim, 7) preparação para o recurso, onde após a leitura do veredito, o terapeuta engaja o paciente na preparação de um recurso, exercício destinado a auxiliar o paciente a fortalecer sua defesa interna e buscar evidências a favor de crenças centrais mais funcionais. Portanto, durante o Processo, o paciente ocupa as cadeiras de réu, promotoria, defesa e jurado, sendo que o terapeuta ocupa a cadeira de juiz e jurado. Antes do início do Processo, avalia-se o conhecimento que o paciente possui sobre um processo jurídico, sendo salientado que o papel de um juiz em um tribunal é o de coordenar um julgamento e do júri, o de reunir-se após a apresentação das provas contrárias e favoráveis ao réu e avaliar qual das partes pautou-se mais em fatos e cometeu menos distorções, com o intuito de elaborar um veredito. No estudo piloto, foram realizados cinco processos (entre a 9ª e a 13ª sessão), sendo tarefa de casa tanto o preparo para o recurso, quanto a utilização de um cartão de significados acerca da nova crença central positiva, material elaborado ao final de cada Processo. Além disso, o paciente foi estimulado durante estas e nas outras sessões a realizar exposições durante a semana aos itens escolhidos da lista de hierarquia. Ao final da 9ª sessão foi entregue material explicativo sobre o que foi trabalhado na sessão e que seria tema dos quatro próximos encontros; e ao final da 13ª sessão, foi entregue material explicativo sobre a 14ª e 15ª sessão.

Entre a 14ª e 15ª sessões foi realizado o Processo II: como geralmente a promotoria não consegue vencer nenhum processo e provar a culpabilidade do réu-paciente da acusação (crença central negativa), é proposto um julgamento onde o(a) promotor(a) torna-se réu, sendo geralmente acusado de abuso de poder e de ser excessivo em suas acusações. Neste momento, o paciente ocupa a cadeira de autor da queixa; advogado do autor da queixa, que se torna neste processo o advogado de acusação; advogado de defesa do réu-promotor; réplica do advogado de acusação; e tréplica do advogado de defesa do réu. Posteriormente, terapeuta e

paciente ocupam a cadeira dos jurados e avaliam os argumentos apresentados por cada uma das partes. Por fim, após decisão dos jurados, o paciente ocupa a cadeira de juiz, decidindo sobre o veredito e pena do réu. Neste processo, o terapeuta atua prioritariamente como um narrador externo ao tribunal, auxiliando e questionando socraticamente cada um dos envolvidos no litígio. Após a finalização do processo, o terapeuta engaja o paciente na discussão do conceito de metacognição, sendo solicitado ao final da 14ª sessão que o mesmo escreva uma carta assertiva ao promotor, informando-lhe por quais motivos não lhe prestará mais obediência, e ao final da 15ª, uma carta compassiva, disponibilizando-se a ajudar o promotor, uma vez que este parece estar doente, já que acusa independentemente da situação e do resultado dos processos anteriores (ativação das crenças centrais independente do contexto). Além destas tarefas de casa, o paciente escolheu novas situações de exposição comportamental para realizar durante a semana. Ao final da 15ª sessão, foi entregue ao paciente material explicativo sobre a última sessão. Por fim, na 16ª sessão, foi aprofundado o conceito de metacognição, sendo realizado um relaxamento, juntamente com um exercício de visualização. Após este exercício, foram realizadas prevenção de recaída, revisão do tratamento e finalização do atendimento.

Assim, durante todas as sessões o paciente foi instruído tanto a realizar exposições comportamentais como tarefa de casa, com o intuito de gerar habituação e dessensibilização gradativa da resposta de ansiedade frente às diferentes situações sociais; quanto a avaliar e questionar os próprios pensamentos e crenças, com o intuito de gerar reestruturação cognitiva em direção a crenças mais funcionais. Entretanto, não foram realizadas exposições durante as sessões e de modo geral o protocolo de tratamento apresenta forte componente cognitivo. A temática de cada sessão pode ser visualizada de forma sucinta na tabela 1.

Tabela 1 - Síntese do tratamento

Encontro	Tema
Encontro introdutório	Entrega de material sobre o que será trabalhado na 1ª sessão.
Sessão 1	Psicoeducação sobre TAS; ansiedade; TCC; e TCP. Hierarquização dos sintomas codificados por cores e psicoeducação sobre exposição.
Sessões 2 e 3	Modelo cognitivo e distorções cognitivas
Sessões 4 e 5	Avaliação de pensamentos automáticos: utilização do RP-Intra.
Sessões 6 a 8	Crenças-regra e comportamentos de segurança: utilização do RPC.
Sessões 9 a 13	Crenças centrais: utilização do Processo I.
Sessões 14 e 15	Metacognição: utilização do Processo II.
Sessão 16	Relaxamento (metáfora do barco a vela), encerramento e prevenção de recaída.

Foi realizada uma avaliação pós-teste 22 dias após a 16ª sessão, sendo reaplicadas as seguintes escalas: SPIN, FNE, SADS, BAI, BDI, PHQ-9, SRQ e CD-Quest. Nessa sessão de avaliação o participante recebeu novamente a lista com os 60 itens de exposição às situações sociais, sendo solicitado para que reavaliasse de acordo com a HSCC o nível de desconforto ou sofrimento que sente ao se imaginar expondo-se à cada uma das situações. Esta avaliação foi realizada com o intuito de averiguar se ocorreram mudanças na forma como o participante percebeu cada uma das situações sociais após a intervenção. Foi realizada ainda uma sessão de avaliação *follow up* 8 meses após o final da intervenção (avaliação realizada em janeiro/2015). Como o participante na ocasião estava em intercâmbio no exterior desde agosto de 2014 com retorno previsto para setembro de 2015, a pesquisadora entrou em contato via e-mail, enviando as escalas SPIN, FNE, SADS, BAI, BDI, PHQ-9, SRQ, CD-Quest e a lista de exposição. Foram enviadas ainda via e-mail cinco perguntas sobre o tratamento, com o intuito de avaliar de modo qualitativo alguns aspectos relacionados à intervenção. Abaixo, a descrição das perguntas realizadas:

1) Hoje, após alguns meses que as sessões finalizaram, quais ganhos você considera que teve com as sessões? Esses ganhos se mantiveram?

2) Na sua opinião, que atividades/coisas que você não fazia antes das sessões ou fazia com muita dificuldade, e que após a terapia, começou a fazer com maior facilidade?

3) Que pontos (atividades, comportamentos, etc) que você percebe que ainda tem dificuldade em situações sociais?

4) Na sua opinião as 16 sessões foram suficientes para trabalhar as questões que o incomodavam ou se pudesse, gostaria de realizar mais sessões?

5) Quais pontos das sessões ou terapia você acha que podem ser diferentes?

6) Ao iniciar as sessões, você já pretendia fazer o intercâmbio no Canadá ou ter alguma experiência em outro país?

4.9 Recrutamento e seleção dos participantes

4.9.1 Divulgação

A divulgação para recrutamento dos participantes foi realizada em diferentes locais e meios de comunicação. No primeiro semestre de 2014 foi realizado um mapeamento de todas as unidades de saúde em todos os níveis de atenção (primária, secundária e terciária) da cidade de Ribeirão Preto e de cidades próximas com um raio de até 40 Km, com o intuito de estabelecer uma lista de locais para divulgação da pesquisa através do afixamento de folders de divulgação do trabalho.

Na cidade de Ribeirão Preto, os cartazes foram afixados em Unidades Básicas de Saúde, Unidades Básicas Distritais de Saúde, Unidades Especializadas, Unidades de Pronto Atendimento, Postos de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Saúde da Família, Programa de Saúde da Família, Núcleo de Saúde da Família, ambulatórios de saúde mental, laboratórios e hospitais. Ao todo, foram afixados cartazes em 45 unidades de saúde em Ribeirão Preto. Sempre que possível, os objetivos da pesquisa eram explicados para os coordenadores responsáveis pelas instituições, sendo entregue além dos folders, um documento explicativo sobre o estudo. Entretanto, não foi possível localizar os coordenadores em todas as unidades visitadas, sendo que em algumas foram somente afixados folders em espaços próprios.

A pesquisa foi divulgada ainda nos serviços de saúde das seguintes cidades: Jardinópolis, Bonfim Paulista, Sertãozinho, Cravinhos, Cruz das Posses e Barrinha. Os folders

foram afixados ainda em 3 faculdades particulares localizadas em Ribeirão Preto e na USP, em diferentes espaços dentro destas instituições (mural de recados, hospitais-escolas, quadros de aviso, clínicas de psicologia, etc.). Simultaneamente, foi realizada divulgação através de redes sociais digitais, onde o folder da pesquisa foi publicado na página do LaPICC-USP.

Como não houve um número suficiente de inscritos para participar da pesquisa, houve uma segunda etapa de divulgação do estudo onde foram utilizadas diferentes mídias de comunicação: em outubro de 2014 a pesquisa foi divulgada na rádio e TV Universitária local da USP e também na agência de notícias da USP, site da USP que divulga as pesquisas produzidas nesta instituição. Na ocasião, todos os funcionários técnicos da USP de Ribeirão Preto receberam em seu e-mail institucional a divulgação do trabalho, juntamente com o vídeo da entrevista gravada na TV Universitária.

Como a divulgação foi realizada no final de 2014 (outubro e novembro), acredita-se que o baixo número de inscrições recebidas para participar do estudo está relacionado ao período em que a mesma foi feita (recesso e comemorações de final de ano e férias escolares) e também às próprias características clínicas do transtorno estudado. Assim, em fevereiro de 2015 foi realizada uma terceira etapa de divulgação do estudo, utilizando desta vez jornais e rádios locais voltados para a comunidade em geral, sendo também novamente divulgado nos meios de comunicação da USP. Em 10 de fevereiro de 2015 foi divulgada uma gravação de entrevista com duração de 1:30 minutos no canal da EPTV, emissora regional afiliada da TV Globo, e também divulgada uma entrevista na rádio CBN, rádio também filiada à TV Globo. Nas gravações, a pesquisadora relatou algumas características do TAS e também explicou de forma mais detalhada sobre a pesquisa e o oferecimento de vagas para terapia.

Como não se obteve mesmo com esta nova divulgação, número suficiente de participantes, foi realizada uma quarta divulgação da pesquisa em março de 2015: foi feito contato telefônico e enviado e-mail explicativo com o folder e material detalhado sobre o estudo para a emissora do SBT em Ribeirão Preto; rádio Conquista FM; Jornal da Clube, jornal televisivo transmitido em emissora afiliada da TV Band, em Ribeirão Preto; e Câmara Municipal de Ribeirão Preto, que possui veículo próprio de divulgação de temáticas de interesse público. Entretanto, não se obteve nenhuma resposta via e-mail ou por contato telefônico em nenhuma das mídias acima mencionadas. É válido salientar que ainda em março, uma estudante de jornalismo da Universidade de Ribeirão Preto entrou em contato com a pesquisadora com o objetivo de realizar uma matéria sobre a pesquisa e divulgar no Jornal do Ônibus, folhetim impresso que é distribuído no centro de Ribeirão Preto, em diferentes centros comerciais.

Novamente, como não se obteve sucesso com esta quarta etapa de divulgação do estudo, a pesquisadora realizou um segundo contato com a emissora EPTV, com o intuito de gravar uma nova entrevista divulgando o estudo, sendo que em 14 de abril de 2015, a entrevista foi veiculada durante a programação do canal, em rede aberta.

Após avaliação e triagem dos participantes que se inscreveram via e-mail, observou-se que apesar desta segunda entrevista veiculada na emissora EPTV ter preenchido um grande número de vagas, não foram obtidos número suficiente de participantes, sendo que em maio foi realizada uma sexta etapa de divulgação do estudo. Foi feito contato telefônico e posterior envio de material explicativo para a Rádio Difusora e Jovem Pam de Ribeirão Preto. Como não se obteve nenhuma resposta destas mídias, a pesquisadora entrou em contato novamente com a emissora EPTV, solicitando a realização da uma terceira entrevista, que foi veiculada em 26 de maio. Após esta última divulgação via televisão e avaliação e triagem dos participantes que enviaram e-mail foi, por fim, possível o preenchimento das vagas.

4.9.2 Entrevistas / Avaliação Pré-Teste

Para participar da pesquisa, os interessados deveriam enviar alguns dados pessoais (nome, idade e telefones de contato) para um e-mail que foi criado especificamente para este estudo (taslapicc@gmail.com). Após o recebimento do e-mail, a pesquisadora, juntamente com dois outros pesquisadores externos ao estudo, entrou em contato telefônico com cada um dos participantes. Neste momento, houve um esclarecimento geral dos objetivos da pesquisa e uma triagem inicial (muitos indivíduos não informavam a idade no e-mail, por exemplo), sendo que posteriormente era agendada uma entrevista para esclarecimentos detalhados do estudo e seus objetivos, assinaturas dos termos de consentimento livre e esclarecido, e de banco de dados, preenchimento de questionários e realização da entrevista diagnóstica.

A maioria das entrevistas foi realizada no próprio LaPICC, sendo que algumas foram realizadas no CPA e na Casa 34 da FFCLRP. A duração média de cada entrevista foi de duas horas, pois os participantes despendiam em média uma hora para responder a todas as escalas da pesquisa.

A pesquisadora e os dois outros pesquisadores externos ao estudo ligavam, marcavam e realizavam as entrevistas de acordo com a ordem cronológica da data de envio de dados dos interessados ao e-mail do estudo. Logo, os pesquisadores não selecionaram quais participantes iriam entrevistar, uma vez que foi utilizado o critério do tempo de envio de e-mail para agendamento e realização das entrevistas.

Após o esclarecimento da pesquisa e dos aspectos éticos pelos pesquisadores, e também leitura e assinatura dos termos de pesquisa pelos participantes, foi realizada a avaliação inicial, onde os participantes respondiam aos seguintes instrumentos, por ordem de apresentação: SPIN (esta escala foi a primeira a ser aplicada pois é utilizada como uma das principais ferramentas para triar os participantes); BAI; FNE; SADS; PHQ-9; SRQ; e BDI-II.

Caso o respondente pontuasse escores iguais ou superiores a 19 pontos na SPIN, era realizada entrevista diagnóstica. Os participantes que pontuaram escore inferior a 19 pontos nesta escala eram automaticamente excluídos do estudo, sendo realizado encaminhamento quando necessário. Na entrevista diagnóstica, inicialmente foi utilizada a seção de Fobia Social da SCID-I/P, e caso confirmado o diagnóstico de TAS, era utilizada a SCID-CV, com o intuito de avaliar a presença de comorbidades do eixo I. As seguintes comorbidades foram investigadas no estudo: episódios de humor (episódios depressivos; maníacos e/ou hipomaníacos; transtorno distímico, transtorno de humor devido à uma condição médica geral; e transtorno de humor induzido por substância); sintomas psicóticos e associados; transtornos do uso de álcool e outras substâncias (abuso e dependência ao álcool; transtorno do uso de substância não álcool; abuso e dependência de substância não-álcool); e transtornos de ansiedade e outros transtornos (transtorno de pânico; transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático; outros transtornos de ansiedade; transtorno de ansiedade sem outra especificação; transtornos somatoformes; e transtornos alimentares). Foram excluídos da pesquisa todos os participantes que apresentaram o diagnóstico de TAS como secundário a outro transtorno, e participantes com sintomas psicóticos. Ao final da entrevista, foi dito aos participantes que preencheram os critérios para TAS como diagnóstico primário que seria agendado um novo encontro para realização de um teste de atenção (Stroop Emocional).

Como esta pesquisa de doutorado faz parte de um projeto de Auxílio Regular do LaPICC, concedido pela FAPESP, que objetiva comparar a intervenção proposta neste estudo com uma intervenção em TCC em grupo (projeto de doutorado de outra pesquisadora do laboratório), a pesquisadora informou aos participantes com TAS que seria realizado um sorteio para definição do grupo de pesquisa que o mesmo participaria: se de uma intervenção individual (intervenção realizada pela pesquisadora); se de uma intervenção em grupo; ou se em uma condição lista de espera, sendo ressaltado que uma vez que o participante fosse sorteado para este grupo, o mesmo receberia intervenção após o final do estudo, caso desejasse. Foi ressaltado ainda que somente poderiam participar do estudo os indivíduos que concordassem com a distribuição aleatória entre as condições experimentais, e que os

pesquisadores não tinham como definir qual condição experimental os participantes seriam alocados, uma vez que esta seria definida por randomização. Foi dito ainda aos participantes com TAS que os mesmos não poderiam durante o período da intervenção participar de outra psicoterapia, além da oferecida na pesquisa, e caso já estivessem em atendimento, teriam que optar por uma das intervenções antes do início das sessões da pesquisa, não sendo permitido ainda iniciar tratamento farmacológico para sintomas psiquiátricos.

Os participantes que não preencheram os critérios para TAS como diagnóstico primário foram excluídos da pesquisa: estes participantes foram encaminhados para a rede de saúde de Ribeirão Preto e cidades próximas, conforme o município residente do entrevistado. Os participantes que já recebiam algum tipo de atendimento psicológico e/ou psiquiátrico foram instruídos a continuarem com o tratamento.

4.9.3 Randomização

Após a realização da avaliação pré-teste acima citada, um pesquisador externo ao estudo realizou o procedimento de distribuição randômica simples entre os participantes que preencheram os critérios para diagnóstico de TAS. Este pesquisador realizou um sorteio que contou com três números, sendo 1 a condição experimental intervenção individual em TCP; 2 a intervenção em grupo com TCC; e 3 a condição lista de espera. Assim, todos os entrevistados que receberam o diagnóstico de TAS tiveram a mesma probabilidade de participar de qualquer uma das condições experimentais (com exceção de participantes que já estavam em terapia até a entrevista: por razões éticas, estes participantes foram sorteados entre as condições 1 ou 2, de modo a não terem que interromper o tratamento e ficarem sem intervenção até o final do estudo).

4.10 Stroop emocional

4.10.1 Construção do paradigma experimental

O teste de Stroop emocional é uma versão modificada do teste de Stroop clássico (Stroop, 1935). Durante a tarefa, os participantes são solicitados a nomear a cor da tinta de palavras cujo conteúdo representa nomes de cores. Na versão modificada (Stroop emocional), a principal variação reside na valência emocional das palavras apresentadas, sendo que indivíduos ansiosos apresentam maior latência de resposta para indicar o nome das cores de palavras relacionadas à ameaça (Calamaras, Tones, & Anderson, 2012).

Para a construção do paradigma experimental de Stroop emocional, foram utilizados diferentes estudos (Melo, Bizarro, Peixoto, & Oliveira, 2012; Melo, Peixoto, Oliveira &

Bizarro, 2012; Montagnero, Lopes, & Galera, 2008). O principal trabalho utilizado como referência foi o de Fava, Kristensen, Melo e Araújo (2009). Neste trabalho os autores apresentam de forma elegante a construção e validação de uma tarefa de Stroop emocional para avaliação do viés atencional em mulheres com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Apesar do transtorno ser diferente da psicopatologia avaliada no presente projeto de pesquisa, foi possível utilizar os procedimentos metodológicos e controle de variáveis que os autores usaram na pesquisa. No estudo, os autores utilizaram o banco de dados ANEW (*Affective Norms for English Words*), já traduzido, adaptado e normatizado para a população brasileira por Kristensen, Gomes, Justo e Vieira (2011) para a seleção das palavras neutras e com valência emocional. O ANEW é um banco de palavras desenvolvido por pesquisadores do *Center for the Study of Emotion and Attention*, do *National Institute of Mental Health*, na *University of Florida*. Constitui-se como um banco de 1.034 palavras com medidas em três dimensões emocionais distintas, a saber: valência, que se refere ao quão agradável ou desagradável determinado estímulo é percebido; alerta, que se refere ao quão relaxado ou estimulado o indivíduo fica ao perceber um estímulo; e dominância, que se refere ao quanto um indivíduo percebe que controla ou é dominado por determinado estímulo. O ANEW é um importante banco de dados utilizado em estudos sobre emoção, pois se constitui como um conjunto de estímulos padronizados que auxiliam o pesquisador na seleção de palavras neutras e com valência emocional, propiciando a comparação de diferentes pesquisas, sendo que já foi adaptado para diferentes países (Kristensen, Gomes, Justo, & Vieira, 2011). No estudo de Fava, Kristensen, Melo e Araújo (2009) foram selecionadas 60 palavras do ANEW-br com alto nível de ativação (palavras avaliadas como produtoras de grande alerta) e valência negativa (palavras avaliadas como muito desagradáveis), e que foram divididas aleatoriamente em dois conjuntos de palavras. Após esta etapa, 6 juízes independentes do estudo e especialistas no diagnóstico de TAG receberam um conjunto com 30 palavras, devendo avaliar em uma escala Likert o quão cada uma das palavras era muito ou pouco característico do funcionamento cognitivo de indivíduos com este transtorno. A avaliação era individual e cega: os juízes não tinham acesso, portanto, à avaliação uns dos outros. Após esta etapa, foram selecionadas as 20 palavras mais relacionadas ao funcionamento cognitivo do TAG. Para a construção da lista de palavras neutras, os pesquisadores escolheram as 60 palavras do ANEW-br com menor nível de ativação e valência neutra, selecionando entre estas as 20 palavras que tinham maior semelhança fonética e em relação ao número de sílabas das 20 palavras-alvo (palavras com valência negativa e muito características do funcionamento cognitivo do TAG). Após a construção das listas alvo e controle, foram

impressas duas listas com 100 palavras cada, sendo que cada lista possuía 5 colunas com 20 palavras cada. As palavras foram impressas em cinco cores diferentes e o participante deveria nomear as cores das palavras das duas listas, sendo mensurado o tempo de nomeação de cada uma das listas (lista de palavras neutras X lista de palavras ansiogênicas).

Assim, a primeira etapa para construção do paradigma de Stroop emocional na presente pesquisa foi selecionar 60 palavras do banco ANEW-br (Kristensen, Gomes, Justo, & Vieira, 2011) com maior nível de valência negativa (avaliadas, portanto, como muito desagradáveis) e alerta (avaliadas como palavras que estimulam o indivíduo), e relacionadas ao TAS (Anexo E). Após esta etapa, as palavras foram divididas aleatoriamente em duas listas de 30 palavras cada, denominadas de Grupo I e Grupo II.

Finalizada a seleção das palavras relacionadas ao TAS com alto nível de valência negativa e alerta, iniciou-se a etapa de seleção de juízes externos à pesquisa e especialistas em TAS: foram selecionados 10 pesquisadores e profissionais liberais com formação em Psicologia ou Psiquiatria com reconhecida experiência clínica e de pesquisa com pacientes com TAS. A pesquisadora enviou e-mail convidando tais especialistas a participarem como avaliadores das palavras no estudo: após uma apresentação da pesquisa, era solicitado que o(a) especialista avaliasse 30 palavras em uma escala Likert de cinco pontos (indo desde nada, à totalmente característico) o quão característico do transtorno as palavras eram. Para cinco especialistas, foram enviadas a lista de palavras do grupo I e para outros cinco, do grupo II, sendo a divisão feita através de sorteio. A avaliação dos juízes foi cega: os mesmos não tinham acesso, portanto, às avaliações dos demais.

Após o recebimento de 9 avaliações entre as 10 enviadas, foram selecionados os 6 juízes com maior tempo de experiência com pacientes com TAS. Tais juízes possuem formação em Psicologia e/ou Psiquiatria, e além de experiência em TAS e publicações relacionadas à caracterização e/ou tratamento deste transtorno. Os juízes possuem idade média de 45 anos e desvio-padrão (DP) de 10,6 anos; tempo médio de experiência clínica de 15,8 anos (DP = 7,3); e tempo médio de experiência com pacientes com TAS de 13 anos (DP = 7,4). Todos os juízes possuem titulação de doutorado e quase todos possuem especialização na área clínica. A maioria possui formação em Psicologia e quase todos são docentes e pesquisadores em universidades brasileiras públicas (com exceção de uma juíza, que atua em consultório particular). Na tabela 2 podem ser observadas às características dos 6 juízes externos participantes deste estudo.

Tabela 2 - Características dos juízes.

Nome	Idade	Formação/ Titulação	Especialização	Experiência clínica (em anos)	Experiência com pacientes com TAS (em anos)	Local de atuação
Antônio Nardi	54	Medicina/ Doutorado	Psiquiatria	30	28	Docente UFRJ
Neuciane Silva	54	Psicologia/ Doutorado	-	12	12	Docente UFRN
Maria Amélia Penido	36	Psicologia/ Doutorado	TCC	12	10	Psicólogo a clínica (RJ)
Flávia Osório	39	Psicologia/ Doutorado	Saúde Mental / Psicodinâmica	17	10	Pesquisadora USP
Michelle Levitan	33	Psicologia/ Doutorado	TCC	10	10	Pesquisadora UFRJ
Vania Powell	57	Psicologia/ Doutorado	TCC	14	8	Docente na UFB

Foram selecionadas 10 palavras avaliadas pelos juízes do grupo I como muito ou totalmente característico do funcionamento cognitivo de indivíduos com TAS, sendo realizado o mesmo procedimento para os três juízes do grupo II, totalizando assim 20 palavras com valência emocional relacionadas ao TAS.

A última etapa da construção do paradigma experimental constituiu-se em selecionar palavras neutras do banco ANEW-br para compor a lista de palavras-controle do teste. Foram selecionadas 20 palavras com valência neutra e nível baixo de ativação, e com semelhança fonética e em número de sílabas das palavras-alvo. A lista de palavras-alvo e controle encontram-se no Anexo F.

4.10.2 Teste de Ishihara

Antes de realizarem a tarefa de Stroop emocional, os participantes responderam ao teste de Ishihara (1966), com o intuito de avaliar a visão para cores, uma vez que para realizar a tarefa de atenção o participante necessita ter visão perfeita para cores. O teste de Ishihara para deficiência de cores é um instrumento que permite ao pesquisador e/ou clínico uma avaliação rápida para cegueira congênita de cores. É composto por 24 lâminas coloridas;

entretanto, a apresentação de 15 lâminas já é suficiente para detectar anomalias na identificação de cores, como a presença de daltonismo. Assim, foram apresentadas 15 lâminas aos participantes, sendo que os mesmos deveriam acertar no mínimo 80% do teste para participarem do estudo (máximo de 3 erros). Os participantes foram instruídos a identificar e anotar em uma folha que objetos enxergavam no centro de cada lâmina, sendo que em algumas ele poderia não enxergar nenhum objeto específico. Todos os participantes selecionados possuem visão perfeita para cores e puderam, portanto, responder à tarefa de Stroop emocional e serem incluídos na pesquisa.

4.10.3 Materiais e estímulos

O teste de Stroop emocional foi realizado em um notebook com tela de 15,6 polegadas LED e resolução de 1366 x 768 pixels, equipado com *software* E-prime, versão 2.0 (Schneider, Eschman, & Zuccolotto, 2012), sendo este o *software* utilizado para a construção e testagem da tarefa. Os estímulos (palavras-alvo – valência negativa; palavras-controle – valência neutra; e palavras-exemplo – palavras para treino) foram compostos por palavras configuradas na fonte gráfica Courier New, tamanho 72, em negrito e caixa alta, apresentadas no centro da tela com fundo cinza, em quatro possibilidades de cores (azul, verde, amarelo e vermelho). Já as instruções foram configuradas na fonte gráfica Courier New, utilizando, entretanto, tamanho 20, cor preta, negrito e em caixa baixa, sendo apresentadas também no centro da tela com fundo cinza. Foi mensurado o tempo de resposta mediante pressionamento de quatro teclas no computador identificadas com as cores azul (tecla 8), verde (tecla 6), amarelo (tecla 2), e vermelho (tecla 4). Foram selecionadas 20 palavras com valência neutra e 20 consideradas ansiogênicas (palavras geradoras de alerta e com valência negativa) do banco ANEW-br (Kristensen, Gomes, Justo, & Vieira, 2011).

4.10.4 Procedimento de teste

Após responderem ao teste de Ishihara, foi dito aos participantes que os mesmos responderiam à uma tarefa de identificação de cores no computador, sendo relatado que o que era avaliado era o tempo de resposta, devendo, portanto, realizar a tarefa o mais rápido possível. A tela inicial continha instruções para que os participantes respondessem ao teste, sendo que após ler estas instruções eram apresentadas cinco palavras-exemplo para o participante treinar a realização da tarefa. As palavras-exemplo (cadeira, lustre, tronco, mesa, chapéu) foram selecionadas do banco ANEW-br por terem baixo nível de alerta e valência neutra. Após pressionar a tecla do teclado que julgasse ser a mesma da palavra-exemplo apresentada no centro da tela, era gerado em um próximo slide um *feedback* de resposta: caso

a resposta fosse congruente com a cor da palavra apresentada, era gerado no centro da tela um “+” grafado em azul durante 1s; e, caso fosse incongruente, era gerado um “-” em vermelho, com a mesma duração de tempo. Após a apresentação das cinco palavras-exemplo e seus respectivos *feedbacks*, um slide indicando o fim do treino e início do experimento era gerado na tela.

Após pressionar a tecla “espaço” do teclado a prova experimental era iniciada. As palavras neutras e ansiogênicas foram apresentadas de maneira aleatória: a cada slide foi apresentada uma palavra que ficava no centro da tela por tempo indeterminado até o participante pressionar uma das quatro teclas do teclado identificadas com as cores do teste (4, 8, 6 ou 2). Após a resposta do participante, um descanso de tela cinza de 500 ms foi apresentado, seguido por um novo estímulo. Após uma série de 10 palavras ocorria uma pausa, sendo que o participante reiniciava o experimento após pressionar a tecla “espaço” do teclado. Foram apresentados 20 blocos de 10 palavras cada, sendo que cada palavra foi apresentada 5 vezes ao longo de todo o teste. Portanto, cada participante realizou 205 provas ao longo de todo o teste, sendo que 5 são provas treino e 200 provas válidas. As instruções dadas aos participantes podem ser visualizadas no Anexo G.

4.11 Intervenções

O grupo experimental recebeu 16 sessões individuais de TCP, com duração de 1:30h cada. A fase de coleta de dados relacionada à intervenção ocorreu entre dezembro de 2014 e dezembro de 2015

Um total de 27 participantes foi randomizado para o grupo experimental, entretanto, apenas 18 incluídos na análise. Destes, 17 completaram as 16 sessões e um participante completou 14 sessões. Assim, os participantes incluídos na análise receberam ao menos 75% do tratamento. Houve uma perda amostral de 9 participantes do grupo experimental: um participante desistiu após a randomização; um participante foi excluído após a primeira sessão por estar em tratamento psicoterapêutico; e 7 participantes desistiram do tratamento antes da metade da intervenção, recebendo menos de 50% da intervenção, sendo que alguns foram excluídos por falta.

Houve uma randomização de 35 participantes para o grupo lista de espera, entretanto, somente 21 foram incluídos na análise, uma vez que não se obteve contato com os demais participantes para realização da avaliação pós-tese. Entre estes, uma participante foi excluída

do estudo por ter iniciado tratamento farmacológico e psicoterapêutico entre a avaliação pré e pós-teste.

O tema e agenda de cada uma das 16 sessões foi o mesmo utilizado durante as sessões do estudo piloto, já descritas no item 4.8.3. Intervenção. Entretanto, é importante salientar que após a realização do estudo piloto foram realizadas algumas alterações com o intuito de refinar a metodologia de intervenção e avaliação da pesquisa. Na intervenção piloto, foram realizadas avaliações sessão a sessão com o intuito de obter dados de eficácia sobre o tratamento. A literatura aponta, entretanto, que a utilização de escalas sessão a sessão pode gerar efeito de aprendizado e expectativa no paciente, alterando os dados coletados. Assim, optou-se por utilizar escalas de avaliação a cada quatro sessões: as escalas são, portanto, aplicadas na 4ª, 8ª, 12ª e 16ª sessão (além do pré e pós-teste). Outra alteração realizada foi em relação à avaliação feita pelo próprio paciente da lista de 60 itens de exposição às situações sociais, que no estudo piloto foi realizada na 1ª sessão, no pós-teste e em avaliação *follow up*. No grupo experimental essa lista foi avaliada a cada sessão com o intuito de auxiliar os pacientes a selecionarem os itens para realização de exposição como tarefa de casa, a cada sessão. Outra alteração realizada em relação à intervenção piloto é quanto ao preenchimento do CD-Quest, que anteriormente era feito na 2ª sessão. Como há diferentes tópicos a serem trabalhados nesta sessão (modelo cognitivo e a relação entre pensamentos automáticos, situação, emoção e comportamento; modelo cognitivo do TAS; e distorções cognitivas), a pesquisadora notou grande dificuldade do participante em preencher o CD-Quest na sessão, por não estar ainda familiarizado com o conceito de distorções cognitivas. Assim, no grupo experimental, foi solicitado como tarefa de casa da 2ª sessão o preenchimento com dois exemplos pessoais de cada uma das quinze possibilidades distintas de distorções cognitivas, sendo o CD-Quest apresentado e preenchido a partir da 3ª sessão até a avaliação pós-teste. De modo geral, o tratamento pode ser dividido em quatro blocos temáticos distintos, que abordam temas terapêuticos similares. A tabela 3 apresenta tais blocos, com as respectivas sessões correspondentes, a temática discutida e a principal técnica utilizada.

Tabela 3 - Blocos do tratamento

Bloco do tratamento	Sessão	Tema discutido	Principal técnica utilizada
1	1 – 4	Psicoeducação; avaliação de pensamentos automáticos.	CD-Quest, RP-Intra
2	5 – 8	Avaliação de comportamentos de segurança e crenças-regra	RPC
3	9 – 13	Avaliação de crenças centrais	Processo I
4	14 – 16	Metacognição; encerramento; prevenção de recaída	Processo II

4.12 Análise de dados

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados e analisados com o auxílio do pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 16.0 (Nie, Hull, & Bent, 2003). Foram consideradas significativas as diferenças com valores de $p < 0,05$. Foi utilizado o Teste de Qui-Quadrado para avaliação de possíveis diferenças entre variáveis categóricas nominais (gênero, nível de escolaridade, etc.) entre os grupos, sendo realizado ainda teste de normalidade entre as variáveis quantitativas escalares com o intuito de avaliar a distribuição dos dados para posterior decisão quanto a qual teste estatístico utilizar (se paramétrico ou não-paramétrico). Foi adotada a estatística d de Cohen para mensuração do tamanho de efeito nas diversas análises inferenciais realizadas, sendo considerados um tamanho de efeito pequeno valores de até 0,3; médio, valores entre 0,4 a 0,7; e, por fim, tamanho de efeito grande valores iguais ou acima de 0,8 (Cohen, 1988).

Para a Seção I (resultados do estudo piloto) foi utilizada estatística descritiva com o objetivo de caracterizar e apresentar os dados sóciodemográficos do participante, bem como os escores às diferentes escalas no pré, pós-teste e *follow up*. Como esta seção corresponde aos dados de intervenção de um paciente, não foi utilizada estatística inferencial.

Para a Seção II (eficácia do tratamento), foi utilizado Teste de Qui-Quadrado para comparação entre os grupos quanto às variáveis categóricas nominais e variáveis ordinais. Foi utilizado ainda teste T para comparação de médias entre os grupos TCP e lista de espera no pré-teste, sendo utilizado o teste U de Mann-Whitney para os dados que não apresentaram distribuição normal. Para avaliação da eficácia do tratamento, inicialmente foi utilizado o teste T com medidas repetidas para comparação dos grupos TCP e lista de espera entre pré e

pós-teste. Foi realizada ainda uma Análise de Covariância (ANCOVA) para avaliar diferenças entre os dois grupos entre pré e pós-teste sendo controladas diferentes covariáveis, especialmente as variáveis que apresentaram diferenças significativas entre os grupos no pré-teste. Por fim, ainda em relação à Seção II, foi realizada uma ANCOVA da diferença entre pré e pós-teste ($\Delta = \mu_{\text{pré}} - \mu_{\text{pós}}$) com o intuito de avaliar se as mudanças ocorridas ao longo do tempo entre os grupos TCP, lista de espera e saudável diferiram entre si. Tal análise, além de comparar grupos, permite o ajuste e controle de covariáveis (Montgomery, 2000). Todos os modelos foram ajustados por possíveis fatores de confusão, como por exemplo, idade, sexo, nível educacional, trabalho, entre outros.

Para a Seção III (análise dos possíveis mecanismos de eficácia da intervenção no grupo experimental) foi utilizado o teste não-paramétrico de Wilcoxon para avaliar diferenças entre a primeira sessão e o pós-teste na lista de 60 itens de situações sociais, se houve diferenças entre o número de itens avaliados como 5 (exposição que o paciente não realiza) entre a primeira sessão e o pós-teste, e entre a terceira sessão e o pós-teste no CD-Quest. Tal teste permite comparar dois grupos pareados (amostras dependentes) e não requer suposições quanto à distribuição dos dados. Já para avaliar quais possíveis temáticas/técnicas da intervenção foram relacionadas à maior efetividade, sendo esta mensurada por uma maior redução em diferentes escalas, foi utilizado o modelo de regressão linear com efeitos mistos (efeitos aleatórios e fixos). Tal modelo é utilizado na análise de dados em que as respostas estão agrupadas (mais de uma medida para o mesmo indivíduo) e a suposição de independência entre as observações não é adequada (Schall, 1991). Tal modelo tem como pressuposto que seus resíduos têm distribuição normal com média 0 e variância constante, não exigindo, portanto, distribuição normal dos dados.

Por fim, em relação à Seção IV (avaliação do viés atencional no pré e pós-teste), foi também utilizado o modelo de regressão linear com efeitos mistos (efeitos aleatórios e fixos). Os escores na BAI, BDI, sexo, idade, diagnóstico prévio de TAS, escolaridade e comorbidade foram controlados como covariáveis nesta análise para ajuste de possíveis fatores de confusão. Para as comparações foi utilizado o pós-teste por contrastes ortogonais. Tal modelo foi escolhido por ser mais flexível para estruturar as comparações do que a ANCOVA, por exemplo.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Seção I

Esta seção tem como objetivo apresentar os resultados relacionados ao primeiro objetivo específico da pesquisa, a saber: aplicar e avaliar o programa de intervenção em um projeto piloto, com o objetivo de fornecer dados sobre a implantação do programa.

5.1.1 Estudo piloto

O projeto piloto contou com o atendimento de um paciente. R. é do sexo masculino, 21 anos (na ocasião do atendimento, que ocorreu entre 29/11/2013 e 22/05/2014) e é estudante de nível superior, cursando graduação em Ciências da Computação. O paciente não trabalhava na época do atendimento, alegando que o fato do curso ser integral não o permitia desenvolver outras atividades que não relacionadas à área acadêmica. R. fazia uso de medicamento antidepressivo Duloxetine (Cymbalta), um inibidor seletivo da recaptação de serotonina e noradrenalina, na dose de 60 mg. O paciente fez acompanhamento psiquiátrico mensal durante todo o período de intervenção em TCP e relata que começou a fazer uso deste medicamento em julho de 2013, havendo variação de dose entre 30 a 120 mg. R. relata que inicialmente a dose foi de 30 mg, mas que em agosto de 2013 houve um aumento para 120 mg, sendo reduzida posteriormente até atingir a dose de 60 mg. Entretanto, é válido salientar que o paciente relatou que desde novembro de 2013 (período de início das intervenções) já utilizava a dosagem estabilizada (60 mg).

Na entrevista foi confirmado o diagnóstico de TAS generalizada e indício de depressão leve, de acordo com o BDI-II. O paciente evitava diferentes situações sociais: não bebia ou comia em público, evitando ir a restaurantes (somente com a presença dos pais, que moravam em outra cidade); não fazia perguntas em sala de aula; evitava fazer trabalhos em grupo e até frequentar as aulas, o que gerava, obviamente, inúmeros prejuízos em sua carreira acadêmica. Relatou sentir-se desconfortável em eventos familiares ou quando recebia elogios e/ou ganhava presentes. O paciente relatou ser uma pessoa inibida desde a infância, mas que a partir dos 15 anos começou a perceber que o desconforto em situações sociais e as dificuldades relacionadas a tais situações eram excessivos.

Os escores das diferentes escalas em relação à avaliação pré, pós-teste e *follow up* (realizada 8 meses após a finalização do tratamento) são apresentados na tabela 4. Pode ser observado que após a intervenção houve uma diminuição de 30 pontos na SPIN, sendo que entre pré-teste e *follow up* houve uma diminuição de 17 pontos. Em relação a sintomas de

ansiedade, houve uma diminuição de 13 pontos entre pré e pós-teste e 6 pontos no *follow up* na BAI. Em relação à BDI-II, observa-se uma diminuição de 11 pontos após a intervenção, e de 4 pontos até o *follow up*. Já em relação ao CD-Quest, observa-se uma diminuição de 11 pontos entre a 2ª sessão (1º momento em que o questionário foi utilizado) e o pós-teste, e de 6 pontos em relação à primeira testagem e o *follow up*. No PHQ-9, observa-se uma diminuição de 4 pontos após a intervenção e de 2 pontos no *follow up*. Na FNE, SADS e SRQ não foram observadas diminuição de escores após a intervenção.

Tabela 4 - Escores às diferentes escalas do estudo piloto.

Escalas	Pré-Teste	Pós-Teste	<i>Follow up</i>
SPIN	47	17	30
FNE	19	26	24
SADS	27	27	27
BAI	25	12	18
BDI-II	15	4	11
PHQ-9	8	4	6
SRQ	5	10	5
CD-QUEST*	30	19	24

*O CD-Quest foi aplicado a partir da 2ª sessão.

Os escores da SPIN, BAI, BDI-II e CD-Quest no pré-teste, sessão a sessão, pós-teste e *follow up* são apresentados em gráficos com o objetivo de facilitar a visualização dos resultados. As figuras 1 a 3 apresentam os escores da SPIN, BAI e BDI-II; e CD-Quest respectivamente. É possível observar uma diminuição dos sintomas de ansiedade social, ansiedade, depressão e distorções cognitivas ao longo da intervenção, sendo que tais ganhos foram mantidos mesmo 8 meses após a finalização do tratamento.

Figura 1- Escores do participante do estudo piloto na SPIN no pré e pós-teste, ao longo do tratamento e em avaliação *follow up*.

Figura 2- Escores do participante do estudo piloto nas escalas Beck no pré e pós-teste, ao longo do tratamento e em avaliação *follow up*

Figura 3- Escores do participante do estudo piloto no CD-Quest ao longo do tratamento e em avaliação *follow up*

Como o Processo, principal técnica da TCP, foi utilizado em cinco sessões (9^a à 13^a sessão), foi calculada uma porcentagem média de crédito dado à acusação (crença central) e a emoção associada em todas as etapas da técnica. No início do processo, o paciente acreditava em média 66% nas acusações. Foram trabalhadas duas acusações: “sou diferente” e “sou inadequado”, sendo a ansiedade a emoção associada à tais crenças centrais. Houve uma redução do crédito dado à acusação e a intensidade da emoção associada em diferentes etapas do Processo, a saber: após a primeira alegação da defesa e a tréplica desta; e após o veredito dos jurados, sendo que em todos os processos, o paciente foi inocentado das acusações. Ao final do julgamento, o paciente acreditou em média 22% na acusação, com uma intensidade média de emoção de 20%. A figura 4 apresenta a porcentagem média de crédito dado à acusação e a emoção associada nos cinco processos realizados ao longo da intervenção, sendo apresentado conforme cada etapa de aplicação da técnica.

Figura 4 - Porcentagem média de crédito dado à acusação (crença central) e intensidade média da emoção associada ao longo das 6 etapas do Processo (1 = acusação/inquérito; 2 = alegação da promotoria; 3 = alegação da defesa; 4 = réplica da promotoria; 5 = tréplica da defesa; 6 = veredito do júri) / A porcentagem corresponde à média de 5 processos, aplicados entre a 9ª e a 13ª sessão.

Ao final da 13ª sessão, após a realização de um Processo e em um momento de *feedback* do paciente sobre os eventos ocorridos na intervenção e após já ter participado de cinco processos, R. relatou que “[...] *pensamentos são só pensamentos, nós não precisamos acreditar neles* [...]”. O conceito de metacognição seria trabalhado somente nas sessões seguintes, entretanto, o próprio paciente, com esta fala, indica já ter compreendido que os pensamentos podem ser questionados e não necessariamente precisamos acreditar neles, demonstrando ter adquirido a habilidade de pensar sobre os próprios pensamentos, e avaliá-los.

Abaixo pode ser observada a transcrição das respostas do participante aos questionamentos realizados na avaliação *follow up*, que como mencionado, ocorreu por e-mail, uma vez que o participante encontrava-se em intercâmbio no exterior.

1) Hoje, após alguns meses que as sessões finalizaram, quais ganhos você considera que teve com as sessões? Esses ganhos se mantiveram?

(Paciente) “*Acho que o mais importante foi ter aprendido por que eu me sinto nervoso em experiências sociais. Eu nunca tinha parado para pensar ou tentar detectar qual o motivo, apenas assumia que "era tímido"/"tenho vergonha" como verdade universal, mas aprender*

*que tenho vergonha *porque pareço/me sinto diferente* foi essencial. Ainda que isso não resolva o problema em si, fica muito mais fácil de detectar as situações de desconforto e tentar pensar racionalmente que não estou agindo de forma diferente dos demais. Aliás, tentar me acalmar em situações sociais foi algo novo que aprendi durante as sessões. Apesar de parecer trivial/simples, não tinha o hábito de tentar me acalmar”.*

2) Na sua opinião, que atividades/coisas que você não fazia antes das sessões ou fazia com muita dificuldade, e que após a terapia, começou a fazer com maior facilidade?

(Paciente) *“Difícil dizer exatamente porque ainda tem uma infinidade de fatores/variáveis envolvidas, o ambiente, etc. O que eu disse antes de tentar me acalmar, não é bem uma atividade, mas é algo que tenho feito com maior frequência e geralmente ajuda. Minha rotina mudou bastante quando comecei o intercâmbio, então fica ainda mais difícil de comparar, mas, por exemplo, durante os primeiros meses aqui no Canadá eu conseguia almoçar fora sem muitos problemas”.*

3) Que pontos (atividades, comportamentos, etc.) que você percebe que ainda tem dificuldade em situações sociais?

(Paciente) *“Acho que dificuldade ainda tenho em todas, ou na maioria das atividades sociais. Algumas que se tornaram mais fáceis (e fazem parte da minha rotina atual) são sair de casa mais frequentemente para comprar comida/bebida e, no geral, conversar com estranhos”.*

4) Na sua opinião as 16 sessões foram suficientes para trabalhar as questões que o incomodavam ou se pudesse, gostaria de realizar mais sessões?

(Paciente) *“Acredito que as 16 sessões foram suficientes para aprender sobre mim (por que tenho vergonha) e como agir (tentar ficar calmo, analisar racionalmente a situação), inclusive com tempo para realizar várias tarefas e já ver alguma melhora. Talvez mais sessões ajudariam a fixar melhor isso na rotina, analisar a situação inconscientemente, etc., mas acho que as 16 são suficientes pro paciente aprender o "fundamental". Acredito que se pudesse gostaria de realizar mais sessões sim, para poder forçar mais a criar esse hábito, ainda que eu preferisse ficar em casa pela questão do conforto. Também acho que não precisa necessariamente de sessões para criar o hábito, mas me forçar a realizar com frequência alguma atividade social (academia, comer fora uma vez por semana, coisas assim)”.*

5) Quais pontos das sessões ou terapia você acha que podem ser diferentes?

(Paciente) *“Não sei dizer exatamente, me pareceu tudo muito bem estruturado, ensinando progressivamente sobre a ansiedade e sobre a própria terapia, com tempo de sobra para o paciente se adaptar. Um desconforto maior era durante os "teatrinhos", mas imagino que façam parte da base da terapia processual”.*

6) Ao iniciar as sessões, você já pretendia fazer o intercâmbio no Canadá ou ter alguma experiência em outro país?

(Paciente) *“Eu sempre quis estudar fora por um tempo, mas nunca soube se teria coragem. Se não me engano me inscrevi para o intercâmbio uns 2 meses após o início do tratamento, mesmo tendo conhecimento do programa há um bom tempo. Acredito que, mesmo que indiretamente, as sessões me ajudaram a criar coragem”.*

5.2 Seção II

Esta seção tem como objetivo apresentar os resultados relacionados ao segundo objetivo específico da pesquisa, a saber: avaliar a efetividade da intervenção sobre diferentes sintomas, e comparar com um grupo de participantes sem TAS que não receberam intervenção. Inicialmente serão apresentados os dados de entrevista e caracterização dos participantes do estudo, incluindo o grupo saudável, e posteriormente os dados acerca da intervenção.

5.2.1 Entrevistas / Pré-Teste

Dos 158 participantes que expressaram interesse em participar do estudo, 124 foram entrevistados e 62 preencheram os critérios de inclusão da pesquisa. Tais participantes foram randomizados para a condição TCP ($n = 27$) ou lista de espera ($n = 35$). Houve uma perda amostral de 9 participantes do grupo experimental: um participante desistiu após a randomização; um participante foi excluído após a primeira sessão por estar em tratamento psicoterapêutico; e 7 participantes desistiram do tratamento antes da metade da intervenção, recebendo menos de 50% do tratamento. Assim, foram incluídos na análise somente os participantes que receberam ao menos 14 sessões do tratamento (17 participantes receberam 16 sessões e 1 participante recebeu 14 sessões). Dos 35 participantes randomizados para a condição lista de espera, 14 foram excluídos da análise: 1 participante foi excluído por ter iniciado tratamento farmacoterápico e psicoterapêutico durante o período de espera entre pré e pós-teste, e não se obteve contato com 13 participantes no pós-teste. A figura 5 apresenta o fluxograma dos participantes com TAS ao longo do estudo. Tal fluxograma foi elaborado conforme diretrizes do CONSORT 2010 (*Consolidated Standards of Reporting Trials*).

Figura 5 - Fluxograma dos participantes com TAS ao longo do estudo

5.2.2 Caracterização dos participantes com TAS

Dentre os 39 participantes com TAS incluídos no estudo, 74,4% são mulheres ($n = 29$), sendo que o grupo TCP apresenta 83,3% dos participantes do sexo feminino e o grupo lista de espera 66,7% [$X^2(1) = 1,41, p = 0.23$]. A idade média do grupo TCP é de 28,1 anos e do grupo lista de espera de 30,9 anos [$t(37) = -1,6, p = 0.12$]. A maioria dos participantes do estudo (42,8%) pertence à classe sócio-econômica B2, segundo o Critério Brasil, sendo que no grupo TCP 53,4% dos participantes pertencem à esta classe econômica e no grupo lista de espera tal valor é de 35% [$X^2(5, N = 39) = 6,87, p = 0.23$]. Em relação ao nível educacional, a maioria dos participantes de ambos os grupos possui ensino superior completo (TCP = 47,36% e Lista de espera = 47,61%) [$X^2(1) = 0,24, p = 0.98$]. Já em relação ao desempenho de atividade remunerada (trabalho), 42,1% dos participantes randomizados para o grupo TCP trabalham, sendo que 66,6% dos participantes do grupo lista de espera exercem atividade remunerada [$X^2(1) = 1,94, p = 0.16$]. Em relação à presença de histórico familiar de transtorno psiquiátrico, 42,1% dos participantes do grupo TCP apresentam algum familiar com presença de alguma condição psiquiátrica, sendo que no grupo lista de espera esse valor é de 28,5% [$X^2(1) = 1,06, p = 0.30$]. Em relação à presença de comorbidades, 52,6% dos participantes do grupo experimental apresentam comorbidade, sendo que 66,6% dos participantes do grupo lista de espera apresentam algum tipo de comorbidade [$X^2(1) = 0,50, p = 0.47$]. Os grupos não diferem em nenhuma das variáveis acima mencionadas ($p > 0,05$). Em relação ao diagnóstico prévio de TAS, 36,8% dos participantes do grupo experimental já receberam um diagnóstico prévio de TAS, sendo que somente 9,5% dos participantes do grupo lista de espera já receberam este diagnóstico por algum profissional da saúde. O teste estatístico de Qui-Quadrado revelou diferenças significativas entre os grupos [$X^2(1) = 4.70, p = 0.03$], sendo que o grupo TCP apresenta número maior de indivíduos com diagnóstico prévio de TAS. Esta diferença foi observada ainda em relação à ingestão de medicamento psiquiátrico, sendo que há mais participantes randomizados para o grupo TCP que fazem uso deste medicamento para tratamento de algum sintoma psiquiátrico em relação ao grupo lista de espera [$X^2(1) = 7.84, p = 0.005$]. Entretanto, é importante salientar que só foram incluídos no estudo participantes que utilizavam esse tipo de medicamento com dose estável há pelo menos um mês em relação à data da entrevista/pré-teste. Tais achados podem indicar que os participantes randomizados para o grupo experimental podem apresentar TAS mais crônico e severo, o que pode afetar a resposta ao tratamento. Assim, diagnóstico prévio de TAS e ingestão de medicamento psiquiátrico foram avaliados como covariáveis nas análises

sequentes, assim como outras variáveis demográficas. Os dados demográficos dos participantes de acordo com o grupo randomizado podem ser observados na tabela 5.

Todos os participantes do estudo apresentam TAS subtipo generalizado. Somente 38,4% dos participantes apresentam TAS como único diagnóstico ($n = 15$), o que indica a alta presença de comorbidades no estudo. A principal comorbidade encontrada foi depressão: 38,4% dos participantes apresentam depressão. As outras comorbidades observadas foram: diferentes transtornos de ansiedade (Fobia Simples, Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno do Pânico); Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC); transtornos de personalidade (Transtorno de Personalidade Evitativa e Transtorno de Personalidade Esquizóide); e abuso de substância (maconha). Em relação aos tipos de medicamento psiquiátrico utilizados, observou-se o uso de ansiolíticos benzodiazepínicos, inibidores seletivos da recaptação de serotonina, antidepressivo tricíclico, entre outros. A descrição específica da comorbidade, tipo de medicamento utilizado, presença de pré-diagnóstico de TAS e resposta na SPIN no pré e pós-teste para cada participante de acordo com o grupo randomizado pode ser observada no Anexo H.

Tabela 5 - Características demográficas dos participantes com TAS.

Variável	TCP (n = 18)	Lista de espera (n = 21)
Gênero		
Mulher, <i>n</i> (%)	15 (83,3)	14 (66,7)
Idade		
Média (DP)	28,1 (5,02)	30,9 (5,73)
Faixa etária	19-36	20-42
Classificação econômica		
A, <i>n</i>	2	4
B1, <i>n</i>	3	3
B2, <i>n</i>	8	7
C1, <i>n</i>	0	5
C2, <i>n</i>	2	1
Nível educacional		
Fundamental, <i>n</i>	0	0
Ensino médio, <i>n</i>	4	5
Cursando Ensino Superior, <i>n</i>	5	6
Ensino Superior, <i>n</i>	9	10
Trabalho		
Empregados, <i>n</i>	8 (42,1)	14 (66,6)
Diagnóstico prévio de TAS, <i>n</i>	7*	2*
Ingestão de medicamento psiquiátrico, <i>n</i>	9*	2*
Histórico familiar de transt. psiquiátrico, <i>n</i>	8 (42,1)	6 (28,5%)
Comorbidade		
Presença de comorbidade, <i>n</i>	10 (52,6)	14 (66,6)
Duas ou mais comorbidades, <i>n</i>	4 (21)	4 (19)

* Diferença significativa entre grupos ($p < 0.05$)

O grupo experimental apresenta média na SPIN de 46,67 pontos no pré-teste, sendo que o grupo lista de espera este valor é de 42,29 [$t(37) = 1,428$, $p = 0.16$]. Em relação aos sintomas depressivos, o grupo experimental apresenta média no BDI-II de 21,17 pontos e o grupo lista de espera de 16,71 [$t(37) = 1,53$, $p = 0.13$]. Em relação à BAI, o grupo experimental apresenta média de 27,83 pontos e o grupo lista de espera de 17,95, sendo que os grupos diferem em relação a esta variável: o grupo TCP apresenta maior pontuação média relacionado a sintomas de ansiedade geral do que o grupo lista de espera [$t(37) = 2,62$, $p = 0.013$]. Já em relação ao PHQ-9, o grupo TCP apresenta média de 15,89 pontos e o grupo lista de espera de 10,62 pontos [$t(28,2) = 2,72$, $p = 0.011$]. Em relação ao SRQ, o grupo experimental apresenta média de 12,22 pontos e o grupo lista de espera de 9,9 [$t(28,3) = 2$, $p = 0.054$]. Na FNE e na SADS o grupo experimental apresenta média de 25,89 e 25,17 pontos respectivamente, e o lista de espera de 25,19 e 21,67 pontos. Foi utilizado o teste U de Mann-Whitney para 2 amostras independentes para avaliar possíveis diferenças entre os grupos em relação aos escores em tais instrumentos, uma vez que os dados obtidos através da FNE e

SADS não apresentam distribuição normal nestas duas medidas segundo o teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos quanto aos escores na FNE ($U = 160,5$, $p > 0,05$) e SADS ($U = 158$, $p > 0,05$). Os dados clínicos dos participantes de acordo com o grupo randomizado podem ser observados na tabela 6 abaixo.

Tabela 6- Dados clínicos dos participantes com TAS.

	TCP		Lista de espera	
	Média	DP	Média	DP
SPIN	46.67	10.70	42.29	8.46
BAI	27.83*	13.14	17.95*	10.37
FNE	25.89	5.05	25.19	5.21
SADS	25.17	2.62	21.67	6.85
PHQ	15.89*	7.04	10.62	4.53
SRQ	12.22	4.19	9.90	2.72
BDI-II	21.17	9.79	16.71	8.37

* Diferença significativa entre grupos ($p < 0.05$). DP = Desvio padrão

5.2.3 Caracterização dos participantes saudáveis

O grupo saudável é formado por 19 participantes, sendo 68,4% do sexo feminino ($n = 13$). A idade média destes participantes é de 27,1 anos, sendo que estes participantes não se diferem dos participantes com TAS em relação à variável idade [$t(50,9) = 1,98$, $p = 0.053$]. O nível educacional predominante é de superior completo (78,9%) e em relação ao exercício de atividade remunerada, 89,5% ($n = 17$) destes participantes trabalham. Como esperado, os participantes saudáveis diferem dos participantes com TAS em relação ao exercício de atividade remunerada [$\chi^2(1) = 6.34$, $p = 0.012$]. Entretanto, os participantes saudáveis não diferem dos grupos experimental e lista de espera em relação ao nível educacional [$\chi^2(2) = 5,16$, $p = 0.07$]. Os participantes do grupo saudável não diferem ainda dos participantes com TAS em relação ao sexo [$\chi^2(1) = 0,22$, $p = 0.63$]. Em relação às características clínicas, os participantes saudáveis apresentam pontuação média obtida na SPIN de 8,52 pontos; 3,94 pontos na BAI; 12,63 pontos na FNE; 3,78 na SADS; 2,36 no PHQ-9; 2,1 SRQ e 3,63 pontos no BDI-II. Os participantes saudáveis diferem dos participantes com TAS em todas as escalas relatadas ($p > 0,05$).

5.2.4 Eficácia do tratamento

Inicialmente, para avaliar possíveis diferenças entre pré e pós-teste foi realizado cálculo do teste T com medidas repetidas entre pré e pós-teste em todas as escalas utilizadas na pesquisa. Para estimação do tamanho de efeito, foi adotado o tamanho de efeito d de Cohen que classifica valores de até 0,3 como tamanho de efeito pequeno; 0,4 a 0,7 como médio; e acima de 0,8 como tamanho de efeito grande (Cohen, 1988). Os resultados podem ser observados na tabela 7.

Tabela 7- Diferenças entre pré e pós-teste.

	TCP					Lista de Espera				
	Pré-teste		Pós-teste		d	Pré-teste		Pós-teste		d
	Média	DP	Média	DP		Média	DP	Média	DP	
SPIN	46,67	10,70	20,53	14,10	2,10**	42,29	8,46	38,95	12,11	0,32
BAI	27,83	13,14	10,00	8,85	1,58**	17,95	10,37	15,62	10,32	0,23
FNE	25,89	5,05	20,47	8,22	0,80	25,19	5,21	24,05	7,23	0,18
SADS	25,17	2,62	15,94	10,05	1,27**	21,67	6,85	19,71	8,23	0,26
PHQ-9	15,89	7,04	5,53	6,42	1,54**	10,62	4,53	11,05	6,68	0,08
SRQ	12,22	4,19	5,18	4,13	1,69**	9,90	2,72	9,05	5,19	0,21
BDI-II	21,17	9,79	7,00	7,77	1,60**	16,71	8,37	15,67	10,21	0,11

TCP = Terapia Cognitiva Processual; DP = Desvio-padrão; d = coeficiente de Cohen – tamanho de efeito intragrupo; * $p < 0.05$ e ** $p < 0.01$ em relação ao teste T com medidas repetidas.

Com exceção da FNE, pode ser observado que o grupo TCP apresentou uma redução estatisticamente significativa ($p < 0,05$) em todas as escalas utilizadas. É importante salientar ainda que todos os tamanhos de efeito intragrupo na condição TCP podem ser classificados como grandes ($d_{SPIN} = 2,1$; $d_{BAI} = 1,58$; $d_{SADS} = 1,27$; $d_{PHQ-9} = 1,54$; $d_{SRQ} = 1,69$; $d_{BDI} = 1,6$). Não foram observadas mudanças significativas entre pré e pós-teste no grupo lista de espera em nenhuma das escalas utilizadas, além do pequeno tamanho de efeito observado.

Posteriormente, foi realizada uma Análise de Covariância (ANCOVA) para controlar o efeito de covariáveis no estudo e avaliar possíveis diferenças entre grupos entre pré e pós-teste. A ingestão de medicamento psiquiátrico e o diagnóstico prévio de TAS, foram controlados como covariáveis nesta análise, uma vez que os grupos diferem no pré-teste em relação a estas variáveis, assim como os escores pré-teste das escalas. Os resultados, bem como o tamanho de efeito, podem ser observados na tabela 8. Pode ser observada uma

diferença significativa ($p < 0,05$) entre os grupos TCP e lista de espera na SPIN, PHQ-9, SRQ e BDI-II. Tais diferenças estão associadas a tamanhos de efeito grandes ($d_{\text{SPIN}} = 1,87$; $d_{\text{PHQ-9}} = 1,74$; $d_{\text{SRQ}} = 1,48$; $d_{\text{BDI}} = 1,44$).

Tabela 8- Diferenças entre grupos

	<i>F</i>	<i>d</i>
SPIN	31.42**	1,87
BAI	3.35	1,42
FNE	3.05	0,60
SADS	1.95	1,07
PHQ	8.16**	1,74
SRQ	6.69*	1,48
BDI-II	9.94**	1,44

Diferenças entre grupos refletem resultados na ANCOVA com controle de variáveis que apresentam diferenças no pré-teste e escores do pré-teste para cada escala utilizada. *d* = Coeficiente de Cohen, tamanho de efeito entre grupos; *F* * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

Foi realizado ainda uma ANCOVA com o intuito de avaliar se as diferenças ocorridas ao longo do tempo (pré e pós-teste) em todas as escalas utilizadas entre os três grupos são diferentes entre si. O delta (Δ) de cada grupo foi calculado (média do pré teste – média do pós-teste), sendo controladas as seguintes covariáveis: grupo, comorbidade, diagnóstico prévio de TAS, ingestão de medicamento psiquiátrico, exercício de atividade remunerada, idade, nível de escolaridade e escores no BDI-II, FNE e SADS.

Em relação à SPIN, observou-se que a mudança que ocorreu entre os grupos ao longo do tempo é estatisticamente significativa. O grupo TCP apresentou maior diminuição nesta escala do que os grupos lista de espera [$t(1) = -6,10$, $p < 0.01$] e saudável [$t(1) = -2,63$, $p = 0.01$], sendo tais diferenças associadas a tamanhos de efeito grandes (TCP x Lista de espera: $d = 2,3$; TCP x Saudável: $d = 2,86$). A mudança média ocorrida entre pré e pós-teste nesta escala não foi diferente entre os grupos lista de espera e saudável ($p > 0,05$). A figura 6 abaixo apresenta a diferença média entre pré e pós-teste na SPIN nos três grupos do estudo.

Figura 6 - Diferença média entre pré e pós-teste ($\Delta = \mu_{\text{pré}} - \mu_{\text{pós}}$) na SPIN dos grupos TCP, lista de espera e saudável. * $p < 0,05$ diferente do grupo lista de espera. # $p < 0,05$ diferente do grupo saudável. $n = 21$ para o grupo lista de espera; $n = 18$ para o grupo TCP; $n = 19$ para o grupo saudável.

Em relação à BAI, observou-se também que a mudança que ocorreu ao longo do tempo é estatisticamente significativa de acordo com o grupo que o sujeito está alocado. O grupo TCP apresentou maior diminuição em sintomas de ansiedade do que o grupo lista de espera [$t(1) = -1,25$, $p < 0.01$], sendo tal diferença associada a um tamanho de efeito grande (TCP x Lista de espera: $d = 1,25$). A diferença média entre pré e pós-teste nesta escala não foi diferente quando comparados os grupos TCP e saudável, e lista de espera e saudável ($p > 0,05$). A figura 7 abaixo apresenta a diferença média na BAI nos três grupos do estudo.

Figura 7 - Diferença média entre pré e pós-teste ($\Delta = \mu_{\text{pré}} - \mu_{\text{pós}}$) na BAI dos grupos TCP, lista de espera e saudável. * $p < 0,05$ diferente do grupo lista de espera. $n = 21$ para o grupo lista de espera; $n = 18$ para o grupo TCP; $n = 19$ para o grupo saudável.

Em relação à FNE, apesar do grupo TCP apresentar um Δ de 5,18 e os grupos lista de espera e saudável de $\Delta = 1,14$ e $\Delta = 1,33$ respectivamente, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as mudanças médias que ocorreram entre o pré e o pós-teste em nenhum dos grupos da pesquisa (TCP x Lista de espera: $t(1) = -0,4$, $p = 0.69$; TCP x Saudável: $t(1) = 0,93$, $p = 0.36$; Saudável x Lista de espera: $t(1) = -1,37$, $p = 0.18$). A figura 8 apresenta a diferença média na FNE nos três grupos do estudo.

Em relação à SADS, observou-se que a mudança média que ocorreu ao longo do tempo é estatisticamente diferente de acordo com o grupo de pesquisa. O grupo TCP apresentou maior diminuição na SADS do que o grupo lista de espera [$t(1) = -2,34$, $p = 0.02$] e saudável [$t(1) = -2,03$, $p = 0.045$], sendo tais diferenças associadas a tamanhos de efeito grandes (TCP x Lista de espera: $d = 0,87$; TCP x Saudável: $d = 1,26$). A mudança média ocorrida entre pré e pós-teste nesta escala não foi diferente entre os grupos lista de espera e saudável ($p > 0,05$). A figura 9 apresenta a diferença média na SADS nos três grupos do estudo.

Figura 8 - Diferença média entre pré e pós-teste ($\Delta = \mu_{\text{pré}} - \mu_{\text{pós}}$) na FNE dos grupos TCP, lista de espera e saudável. $n = 21$ para o grupo lista de espera; $n = 18$ para o grupo TCP; $n = 19$ para o grupo saudável.

Figura 9- Diferença média entre pré e pós-teste ($\Delta = \mu_{\text{pré}} - \mu_{\text{pós}}$) na SADS dos grupos TCP, lista de espera e saudável. * $p < 0,05$ diferente do grupo lista de espera. # $p < 0,05$ diferente do grupo saudável. $n = 21$ para o grupo lista de espera; $n = 18$ para o grupo TCP; $n = 19$ para o grupo saudável.

Já em relação ao PHQ-9, observou-se também que a mudança média que ocorreu ao longo do tempo é estatisticamente diferente de acordo com a condição de pesquisa que o sujeito está alocado. O grupo TCP apresentou maior diminuição nesta escala do que o grupo

lista de espera [$t(1) = -4,82, p < 0.01$] e saudável [$t(1) = -2,3, p = 0.03$], sendo tais diferenças associadas a tamanhos de efeito grandes (TCP x Lista de espera: $d = 1,76$; TCP x Saudável: $d = 2,21$). A mudança média ocorrida entre pré e pós-teste nesta escala não foi diferente entre os grupos lista de espera e saudável ($p > 0,05$). A figura 10 ilustra graficamente a diferença média no PHQ-9 nos três grupos do estudo.

Figura 10 - Diferença média entre pré e pós-teste ($\Delta = \mu_{\text{pré}} - \mu_{\text{pós}}$) no PHQ-9 dos grupos TCP, lista de espera e saudável. * $p < 0,05$ diferente do grupo lista de espera. # $p < 0,05$ diferente do grupo saudável. $n = 21$ para o grupo lista de espera; $n = 18$ para o grupo TCP; $n = 19$ para o grupo saudável.

Já em relação a SRQ, observou-se que a mudança média ocorrida ao longo do tempo é estatisticamente diferente de acordo com os grupos. O grupo TCP apresentou maior diminuição em sintomas na SRQ do que o grupo lista de espera [$t(1) = -2,97, p < 0.01$], sendo tal diferença associada a um tamanho de efeito grande (TCP x Lista de espera: $d = 1,29$). A diferença média entre pré e pós-teste nesta escala não foi diferente quando comparados os grupos TCP e saudável, e lista de espera e saudável ($p > 0,05$). A figura 11 apresenta a diferença média nesta escala nos três grupos do estudo.

Por fim, em relação ao BDI-II, observou-se que a mudança média ocorrida ao longo do tempo em sintomas depressivos é estatisticamente diferente de acordo com o grupo de pesquisa que o sujeito está alocado. O grupo TCP apresentou maior diminuição no BDI-II ao longo do tempo do que o grupo lista de espera [$t(1) = -4,11, p < 0.01$], sendo tal diferença associada a um tamanho de efeito grande (TCP x Lista de espera: $d = 1,48$). A diferença média entre pré e pós-teste nesta escala não foi diferente quando comparados os grupos TCP e

saudável, e lista de espera e saudável ($p > 0,05$). A figura 12 apresenta a diferença média nesta escala nos três grupos do estudo.

Figura 11 - Diferença média entre pré e pós-teste ($\Delta = \mu_{\text{pré}} - \mu_{\text{pós}}$) no SRQ dos grupos TCP, lista de espera e saudável. * $p < 0,05$ diferente do grupo lista de espera. $n = 21$ para o grupo lista de espera; $n = 18$ para o grupo TCP; $n = 19$ para o grupo saudável.

Figura 12 - Diferença média entre pré e pós-teste ($\Delta = \mu_{\text{pré}} - \mu_{\text{pós}}$) na BDI dos grupos TCP, lista de espera e saudável. * $p < 0,05$ diferente do grupo lista de espera. $n = 21$ para o grupo lista de espera; $n = 18$ para o grupo TCP; $n = 19$ para o grupo saudável.

5.3 Seção III

Esta seção tem como objetivo apresentar os resultados relacionados ao terceiro objetivo específico da pesquisa, a saber: avaliar quais possíveis mecanismos da intervenção podem estar relacionados aos resultados obtidos ao final do tratamento entre os participantes do grupo experimental. Buscou-se avaliar ainda os possíveis mecanismos do protocolo de intervenção que são mais efetivos em reduzir os sintomas nas escalas clínicas.

Para esta análise, foram utilizados os dados dos instrumentos que foram aplicados ao longo do tratamento no grupo TCP. Como já mencionado, além do pré e pós-teste, os participantes do grupo TCP responderam a todas as escalas clínicas a cada quatro sessões. Além disso, tais participantes responderam ao CD-Quest entre a 3ª sessão e o pós-teste e avaliaram a lista de 60 itens de situações sociais segundo a HSCC em todas as sessões, incluindo no pós-teste.

Para a realização da análise desta seção, a intervenção foi dividida em quatro blocos distintos, conforme o tema discutido e principais técnicas utilizadas, e o momento que os participantes responderam às escalas clínicas ao longo do tratamento. O bloco 1 está relacionado às sessões 1 a 4 e corresponde a 25% do tratamento. O bloco 2 refere-se às sessões 4 a 8 e corresponde a 50% do tratamento. Já o bloco 3 está relacionado às sessões 8 a 12 e corresponde a 75% do tratamento. Por fim, o bloco 4 refere-se às sessões 12 a 16 e corresponde a 100% do tratamento. A descrição das principais técnicas utilizadas e temas discutidos, assim como as sessões em que estas ocorreram podem ser observadas na tabela 3 (seção 4.11).

Esta seção apresentará:

- a) O escore médio à lista de 60 itens de situações sociais de acordo com o HSCC e possíveis diferenças entre a primeira sessão e o pós-teste. Adicionalmente, será apresentado o número médio de itens classificados como 5 (*“A exposição provoca sofrimento tão intenso que não consigo me imaginar fazendo”*) ao longo do tratamento, e possíveis diferenças ao longo do tempo;
- b) O escore médio obtido no CD-Quest ao longo da intervenção e as possíveis diferenças entre a terceira sessão e o pós-teste;
- c) A comparação dos deltas por blocos de sessão (pré-teste a 4ª sessão; 4ª sessão a 8ª sessão; 8ª sessão a 12ª sessão; e 12ª sessão a 16ª sessão) na SPIN, FNE, SADS e BDI-II.

5.3.1 Escala de 60 itens de exposição a situações sociais segundo a HSCC e CD-

Quest.

O escore médio dos participantes do grupo TCP na lista de 60 itens de exposição a situações sociais foi de 156,35 pontos na primeira sessão, sendo que no pós-teste tal valor foi de 99,13 pontos. Tal escore foi obtido somando-se a avaliação dada pelos participantes a cada um dos 60 itens de exposição a situações sociais utilizando a HSCC, escala Likert que varia de 0 a 5 pontos. Em relação ao número de itens classificados como 5, ou seja, itens aos quais o participante não se expõe, pois são avaliados como situações geradoras de sofrimento, o número médio de situações na primeira sessão foi de 8,65, sendo no pós-teste observado um valor médio de 2 situações classificadas como 5.

Para avaliação de possíveis diferenças entre a primeira sessão e o pós-teste em ambas as medidas, foi utilizado o teste de Wilcoxon. Tal teste utiliza a técnica não paramétrica para comparar dois grupos pareados (amostras dependentes). Sendo assim, ele não requer suposições quanto à distribuição dos dados. Foi observado que o escore da lista de 60 itens no pós-teste (Mediana = 110,5) foi significativamente menor do que o escore obtido na primeira sessão (Mediana = 154) ($T = 3,92, p < 0,01$), assim como o número de itens classificados como 5 no pós-teste (Mediana pós-teste = 1) foi significativamente menor do que na primeira sessão (Mediana pré-teste = 7) ($T = 4,01, p < 0,01$).

Em relação ao CD-Quest, o escore médio obtido pelos participantes na terceira sessão foi de 38,69 pontos, sendo que no pós-teste tal valor é de 22,44 pontos. Foi utilizado o teste de Wilcoxon para avaliar possíveis diferenças entre tais valores. Os participantes do grupo TCP apresentam um número significativamente menor de distorções cognitivas no pós-teste (Mediana = 25) do que na terceira sessão (Mediana = 38) ($T = 3,13, p < 0,01$).

As figuras 13, 14 e 15 ilustram graficamente os escores médios nestas três medidas ao longo da intervenção.

Figura 13 - Escore médio na lista de 60 itens de exposição a situações sociais avaliados de acordo com a HSCC (Hierarquia de sintomas codificados por cores) pelo grupo experimental ao longo do tratamento. * $p < 0,01$ diferente da primeira sessão.

Figura 14- Número médio de itens classificados como 5 (*“A exposição provoca sofrimento tão intenso que não consigo me imaginar fazendo”*) na lista de 60 itens de exposição a situações sociais avaliados de acordo com a HSCC (Hierarquia de sintomas codificados por cores) pelo grupo experimental ao longo do tratamento. * $p < 0,01$ diferente da primeira sessão.

Figura 15- Escore médio dos participantes no CD-Quest ao longo do tratamento. * $p < 0,01$ diferente da terceira sessão.

5.3.2 Possíveis mecanismos de efetividade da intervenção

Para avaliar quais temáticas/técnicas da intervenção estão relacionadas à maior efetividade, sendo esta avaliada por maior redução na SPIN, FNE, SADS e BDI, utilizou-se o modelo de regressão linear com efeitos mistos (efeitos aleatórios e fixos). Tal modelo é utilizado na análise de dados em que as respostas estão agrupadas (mais de uma medida para um mesmo indivíduo) e a suposição de independência entre as observações em um mesmo grupo não é adequada (Schall, 1991). Esses modelos têm como pressuposto que seus resíduos têm distribuição normal com média 0 e variância σ^2 constante, portanto, não exige distribuição normal dos dados. Como a intervenção foi dividida em quatro blocos principais (1º bloco: pré-teste a 4ª sessão; 2º bloco: 4ª sessão a 8ª sessão; 3º bloco: 8ª sessão a 12ª sessão; 4º bloco: 12ª sessão a 16ª sessão), foi calculado o valor médio de Δ de cada bloco, buscando-se avaliar se a mudança que ocorreu ao longo do tempo difere de forma significativa em algum dos blocos ou se esta ocorre de forma homogênea ao longo do tratamento em relação a sintomas de ansiedade social, medo de avaliação negativa, esquiva e desconforto social, e depressão.

Em relação à SPIN, observou-se que a diminuição no escore médio que ocorreu ao longo da terapia foi homogênea, isto é, não houve um bloco ou temática/técnica específica da intervenção relacionada à maior diminuição nos escores de ansiedade social. A diminuição média de pontos entre o pré-teste e a 4ª sessão (bloco 1) não diferiu da diminuição média que

ocorreu entre a 4^a e 8^a sessão (bloco 2) [$t(50) = -0,62, p = 0,54$], não sendo observado ainda diferenças em nenhuma outra comparação entre os blocos da terapia (bloco 1 x bloco 3: $t(50) = -0,48, p = 0,63$; bloco 1 x bloco 4: $t(50) = 0,38, p = 0,70$; bloco 2 x bloco 3: $t(50) = 1,1, p = 27$; bloco 2 x bloco 4: $t(50) = 0,99, p = 0,32$; bloco 3 x bloco 4: $t(50) = -0,09, p = 0,92$). A figura 16 ilustra a diferença média entre os blocos de intervenção avaliados.

Figura 16 - Diferença média entre os quatro blocos da intervenção ($\Delta = \mu_2 - \mu_1$) na SPIN. Bloco 1: pré-teste a 4^a sessão. Bloco 2: 4^a a 8^a sessão. Bloco 3: 8^a a 12^a sessão. Bloco 4: 12^a a 16^a sessão.

Já em relação à FNE, observaram-se diminuições significativamente distintas ao longo do tratamento. A diminuição média que ocorreu entre a 12^a a 16^a sessão foi significativamente maior do que a redução que ocorreu entre o pré-teste e a 4^a sessão [$t(50) = -3,38, p < 0,01$], entre a 4^a e 8^a sessão [$t(50) = -2,05, p = 0,04$], e entre a 8^a e 12^a sessão [$t(50) = -2,94, p < 0,01$]. Não foram observadas diferenças significativas nas comparações entre os outros blocos de intervenção ($p > 0,05$). Tais resultados apontam que a redução no medo de avaliação negativa entre os participantes que receberam intervenção em TCP foi mais evidente nas últimas sessões, o que pode indicar que os mecanismos mais efetivos de ação da terapia na FNE ocorrem entre a 8^a e 12^a sessão, uma vez que não foram observadas diferenças na comparação entre os blocos 1, 2 e 3. A figura 17 ilustra a diferença média entre os blocos de intervenção avaliados.

Figura 17 - Diferença média entre os quatro blocos da intervenção ($\Delta = \mu_2 - \mu_1$) na FNE. Bloco 1: pré-teste a 4ª sessão. Bloco 2: 4ª a 8ª sessão. Bloco 3: 8ª a 12ª sessão. Bloco 4: 12ª a 16ª sessão. * $p < 0,01$: diferente do Δ do bloco 4, # $p < 0,05$: diferente do Δ do bloco 4.

Em relação à SADS, observou-se que a diminuição no escore médio que ocorreu ao longo da terapia foi homogênea, não sendo observadas diferenças significativas entre os blocos da terapia (bloco 1 x bloco 2: $t(50) = -1,45$ $p = 0,15$; bloco 1 x bloco 3 $t(50) = -1,45$ $p = 0,15$; bloco 1 x bloco 4: $t(50) = -1,16$ $p = 0,25$; bloco 2 x bloco 3: $t(50) = 0$, $p = 1$; bloco 2 x bloco 4: $t(50) = 0,27$, $p = 0,78$; bloco 3 x bloco 4: $t(50) = 0,27$, $p = 0,78$). Tal resultado indica que a redução nos sintomas de esquivia e desconforto social ocorre de forma homogênea ao longo de toda a terapia. A figura 18 ilustra a diferença média entre os blocos de intervenção avaliados.

Por fim, em relação ao BDI-II, observou-se que a mudança em sintomas depressivos que ocorreu no tratamento também foi homogênea ao longo do processo terapêutico. Assim, não houve um bloco ou temática/técnica específica da intervenção relacionada à maior diminuição nos sintomas depressivos (bloco 1 x bloco 2: $t(50) = 0,61$ $p = 0,54$; bloco 1 x bloco 4: $t(50) = 0,52$ $p = 0,6$; bloco 2 x bloco 3: $t(50) = 1,26$, $p = 0,21$; bloco 2 x bloco 4: $t(50) = -0,08$, $p = 0,93$; bloco 3 x bloco 4: $t(50) = -1,33$, $p = 0,19$). Há uma diferença acentuada entre a redução média nos escores da BDI que ocorre entre o pré-teste e a 4ª sessão em relação a 8ª e 12ª sessão, entretanto tal diferença não atingiu significância estatística [$t(50) = 1,87$ $p = 0,067$]. A figura 19 ilustra a diferença média entre os blocos de intervenção avaliados.

Figura 18 - Diferença média entre os quatro blocos da intervenção ($\Delta = \mu_2 - \mu_1$) na SADS. Bloco 1: pré-teste a 4ª sessão. Bloco 2: 4ª a 8ª sessão. Bloco 3: 8ª a 12ª sessão. Bloco 4: 12ª a 16ª sessão.

Figura 19 - Diferença média entre os quatro blocos da intervenção ($\Delta = \mu_2 - \mu_1$) na BDI. Bloco 1: pré-teste a 4ª sessão. Bloco 2: 4ª a 8ª sessão. Bloco 3: 8ª a 12ª sessão. Bloco 4: 12ª a 16ª sessão.

5.4 Seção IV

Esta seção tem como objetivo apresentar os resultados relacionados ao quarto objetivo específico da pesquisa, a saber: avaliar a presença de viés atencional antes e após a intervenção entre os diferentes grupos.

5.4.1 Definição dos parâmetros de exclusão e inclusão dos dados

Como as pesquisas que utilizam o teste de Stroop emocional nos transtornos de ansiedade e ansiedade clínica não são unânimes em relação à definição dos parâmetros de inclusão dos dados de viés atencional na análise, inicialmente foi realizada uma revisão bibliográfica da literatura para definição de tais parâmetros.

Foram utilizadas três bases de artigos científicos para busca de periódicos, a saber: PubMed, PsycInfo e Cochrane. Foram definidas as seguintes palavras-chave: a) *Attention* OR bias**; b) *Anxiety OR anxiety disorders OR anxious OR panic OR agoraphobia OR social phobia OR social anxiety OR sad OR generalized anxiety OR gad OR obsessive compulsive OR obsessive-compulsive OR ocd OR specific phobia OR simple phobia OR post-traumatic stress OR post traumatic stress OR ptsd OR acute stress OR posttraumatic stress OR asd (acute stress symptoms)*; c) *Treatment OR psychotherapy OR therapy OR intervention OR modification OR cbt OR train**; e d) *Stroop OR Dot probe OR dot-probe OR probe detection OR spatial cueing OR Posner*.

Foram definidos os seguintes critérios de exclusão de artigos: a) estudos qualitativos, meta-análises, revisões de literatura, resumos de conferências e manuais; b) ansiedade secundária a outra condição psiquiátrica ou patologia; c) estudos experimentais sem intervenção para ansiedade; d) estudos experimentais sem medidas de viés atencional.

Foram encontrados 2.005 artigos, sendo que após avaliação dos mesmos e exclusão dos estudos que não preencheram os critérios de inclusão propostos e os que não utilizaram o teste de Stroop emocional em sua metodologia, foram obtidos 20 artigos relacionados à ansiedade e viés atencional publicados entre 1986 e 2016. Tais artigos são tanto estudos experimentais, quanto clínicos que visam avaliar o efeito de intervenções psicoterapêuticas sobre o viés atencional.

Por fim, após esta análise, realizou-se uma avaliação aprofundada dos artigos encontrados para definição dos critérios de inclusão e exclusão dos dados de viés atencional no presente estudo. Dos 20 artigos encontrados, 70% (n = 14) utilizaram algum critério de limpeza dos dados obtidos no teste de Stroop emocional. Os estudos utilizaram diferentes

critérios de exclusão de dados em suas análises, tais como: exclusão de respostas errôneas (respostas a cores que não representam a cor da palavra apresentada na tela do computador durante o teste); tempos de reação maiores que 3.000 ms e menores que 200 ms; tempo de reação individual maior ou menor do que três desvios-padrão da média do próprio sujeito; tempo de reação individual maior que três desvios-padrão da média do grupo.

Assim, após tal análise foram definidos os seguintes critérios de exclusão para a presente pesquisa: 1) respostas que representam erros; 2) tempos de reação maiores que 3.000ms e menores que 200ms; 3) tempo de reação individual maior ou menor do que três desvios-padrão da média de cada indivíduo no pré e pós-teste. Portanto, só foram incluídos no estudo dados que representam respostas corretas; tempos de reação menores do que 3.000ms e maiores do que 200ms; e tempos de reação individual entre ± 3 desvios-padrão da média do próprio indivíduo.

5.4.2 Análise do tempo de reação

Após a exclusão dos dados *outliers*, foi realizada análise estatística dos tempos de reação às palavras emocionais e neutras dos grupos TCP, lista de espera e saudável no pré e pós-teste, sendo utilizado o modelo de regressão linear com efeitos mistos. BAI, BDI-II, sexo, idade, diagnóstico prévio de TAS, escolaridade e comorbidade foram controlados como covariáveis nesta análise. O modelo de regressão linear com efeitos mistos foi escolhido pois permite um bom controle de covariáveis na análise, além de controle das medidas repetidas. Tal modelo é mais flexível para estruturar as comparações do que a ANCOVA, por exemplo.

No pré-teste, o grupo saudável apresentou um tempo médio de reação às palavras neutras de 745,33ms e de 749,44ms às palavras emocionais. Já o grupo lista de espera apresentou score médio às palavras neutras de 810,09ms e 813,21ms às palavras emocionais. Por fim, o grupo TCP apresentou tempo médio de reação de 824,7ms às palavras neutras e de 840,57ms às palavras emocionais. Apesar de todos os grupos terem apresentado um tempo médio de reação maior às palavras emocionais do que as palavras neutras, sendo tal diferença acentuada principalmente no grupo TCP, não foram observadas diferenças significativas entre as palavras emocionais x neutras entre os três grupos no pré-teste (saudável - emocional x neutra: $t(149) = 0,17$, $p = 0,86$; lista de espera - emocional x neutra: $t(149) = 0,13$, $p = 0,89$; TCP - saudável x neutra: $t(149) = 0,62$, $p = 0,53$). Buscou-se avaliar ainda se os grupos diferiram entre si quanto ao tempo de reação quanto à valência das palavras (se os grupos se comportaram de modo diferente quando comparados em relação às palavras emocionais, por exemplo), não sendo observadas diferenças significativas tanto em relação às palavras

neutras, quanto emocionais ($p > 0,05$). A figura 20 ilustra o tempo de reação em milissegundos às palavras emocionais e neutras dos três grupos do estudo no pré-teste. Os dados são apresentados como média + erro padrão da média (EPM).

Figura 20 - Tempo médio de reação às palavras emocionais e neutras do grupo saudável, lista de espera e TCP no pré-teste. Média + EPM.

Já no pós-teste, o grupo saudável apresentou um tempo médio de reação às palavras neutras de 698,05ms e de 700,42ms às palavras emocionais. O grupo lista de espera apresentou score médio às palavras neutras de 790,3ms e 789,12ms às palavras emocionais. Por fim, o grupo TCP apresentou tempo médio de reação de 757,58ms às palavras neutras e de 754,01ms às palavras emocionais. Não foram observadas diferenças significativas entre as palavras emocionais x neutras entre os três grupos no pós-teste (Saudável, emocional x neutra: $t(149) = 0,0$, $p = 0,94$; lista de espera, emocional x neutra: $t(149) = -0,05$, $p = 0,96$; TCP, saudável x neutra: $t(149) = -0,13$, $p = 0,89$). Os grupos não diferem ainda quanto ao tempo médio de reação às palavras emocionais ou neutras quando comparados entre si ($p > 0,05$). A figura 21 ilustra o tempo de reação em milissegundos às palavras emocionais e neutras dos três grupos do estudo no pós-teste. Os dados são apresentados como média + EPM.

Figura 21 - Tempo médio de reação às palavras emocionais e neutras do grupo saudável, lista de espera e TCP no pós-teste. Média + EPM.

Por fim, em relação às comparações pré-teste x pós-teste, visando investigar o efeito do tempo, grupo e valência das palavras, o modelo de regressão linear com efeitos mistos revelou diferenças significativas entre os grupos. Os grupos TCP e saudável apresentaram uma redução significativa no tempo médio de reação tanto às palavras neutras (TCP: $t(149) = 2,33, p = 0,02$; saudável: $t(149) = 2,12, p = 0,03$), quanto às palavras emocionais (TCP: $t(149) = 2,91, p = 0,04$; saudável: $t(149) = 2,21, p = 0,02$) entre o pré e o pós-teste. Tal redução sugere um efeito do tempo sobre a resposta dos indivíduos ao teste. Não foi observada diferença significativa em relação ao grupo lista de espera (neutra: $t(149) = 1,01, p = 0,31$; emocional: $t(149) = 1,19, p = 0,23$). A figura 22 ilustra o tempo de reação em milissegundos às palavras emocionais e neutras dos três grupos do estudo no pré e pós-teste. Os dados são apresentados como média + EPM.

Figura 22 - Tempo médio de reação às palavras emocionais e neutras do grupo saudável, lista de espera e TCP no pós-teste. * $p < 0,05$ diferente do respectivo grupo e valência no pré-teste. # $p < 0,01$ diferente do respectivo grupo e valência no pré-teste. Média + EPM.

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo avaliar a eficácia de um programa de intervenção individual em TCP no tratamento do TAS, visando investigar seus efeitos sobre a ansiedade social, depressão, ansiedade e o viés atencional, e comparar os resultados com um grupo de participantes com TAS, sem, entretanto, receber tratamento. O estudo é o primeiro ensaio clínico randomizado que avaliou a eficácia da TCP no tratamento da ansiedade social, comparando um grupo de participantes com TAS que recebeu a intervenção com um grupo lista de espera, além da presença de um grupo saudável.

O primeiro resultado obtido refere-se à intervenção piloto. O participante atendido nesta primeira etapa de coleta de dados da pesquisa apresentou uma redução acentuada em sintomas de ansiedade social, ansiedade, depressão e distorções cognitivas ao longo do tratamento, além da manutenção dos ganhos obtidos após 8 meses da finalização da terapia. A intervenção em TCP parece ter auxiliado o paciente não somente a realizar atividades que antes evitava, como fazer compras; conversar com pessoas estranhas; comer e beber em público; responder e-mails; atender telefonemas (no início das sessões, por exemplo, o paciente não atendia ligações, sendo que a pesquisadora mandava mensagens avisando que gostaria de marcar algum horário, e somente após este procedimento, é que o paciente atendia as ligações); ir ao banco; assistir aulas; entre outros; mas também a tomar consciência dos próprios pensamentos e crenças/acusações, reavaliando-os. A avaliação qualitativa realizada através de entrevista *follow-up* indica que o tratamento parece ter sido importante para que o paciente desenvolvesse a habilidade de metacognição e avaliasse os próprios conceitos que tem sobre si, adquirindo ainda a habilidade de manejar sua ansiedade em situações sociais. Além disso, de acordo com o paciente e que pode ser observado na resposta do mesmo à questão 6 da avaliação qualitativa, a intervenção parece ter auxiliado-o a se candidatar a um intercâmbio no exterior, uma vez que, segundo ele, era uma atividade que desejava fazer, mas que não tinha coragem de realizar, tendo as sessões o ajudado “[...] a criar coragem [...]”.

Apesar de tais resultados refletirem um estudo piloto e constituir-se como um único caso clínico, os dados obtidos ao longo das sessões, pós-teste e *follow up* indicam que a TCP auxiliou o paciente a conscientizar-se de suas crenças centrais e reavaliá-las. A realização do projeto piloto foi importante ainda por auxiliar a pesquisadora a avaliar quais alterações seriam necessárias para a posterior utilização do programa de intervenção com o grupo experimental.

Em relação à efetividade da intervenção, os dados obtidos com as três análises estatísticas realizadas indicam que o tratamento com TCP foi muito eficaz, uma vez que os

participantes do grupo experimental apresentaram uma redução significativa em sintomas de ansiedade social avaliados pela SPIN (medida de eficácia primária do estudo) quando comparados com indivíduos do grupo lista de espera. Tal redução foi associada a um tamanho de efeito grande entre grupos ($d = 1,87$). Os participantes do grupo lista de espera não apresentaram redução em sintomas de ansiedade social em nenhuma das análises realizadas, além de ter sido observado tamanhos de efeito pequenos.

Além da redução em sintomas de ansiedade social no grupo que recebeu intervenção em TCP, foi observada ainda uma redução em sintomas de esquiva e desconforto social mensurado através da SADS, sendo encontrado um tamanho de efeito intragrupo grande na condição TCP ($d = 1,27$). Não foi observada redução no grupo lista de espera entre pré e pós-teste, sendo observado um tamanho de efeito pequeno ($d = 0,26$). É importante ressaltar que a redução que ocorreu entre o pré e o pós-teste no grupo TCP foi maior do que a que ocorreu nos grupos lista de espera e também saudável em sintomas de esquiva e desconforto social e também em ansiedade social, quando comparados os deltas dos três grupos através da ANCOVA. Tal redução foi associada a tamanhos de efeito grandes quando comparado com o grupo lista de espera, por exemplo ($d_{SADS} = 0,87$; $d_{SPIN} = 2,3$).

Os resultados deste estudo confirmam os resultados de um recente ensaio clínico randomizado que avaliou o efeito da utilização do Processo sobre sintomas de ansiedade social em pacientes com TAS quando comparado com técnicas convencionais da TCC (De Oliveira et al., 2012b; Powell et al., 2013). Em tal estudo observou-se que o Processo foi tão efetivo quanto técnicas tradicionais da TCC em reduzir sintomas de ansiedade social, e mais eficaz do que aquelas em reduzir sintomas de medo da avaliação negativa. A redução em sintomas de ansiedade social foi associada a um tamanho de efeito grande intragrupo ($d = 1,01$ para o Processo x $d = 0,83$ para técnicas tradicionais da TCC). Na presente pesquisa, observou-se também um tamanho de efeito grande intragrupo ($d = 2,1$). Entretanto, diferente do que foi obtido por De Oliveira et al. (2012b), a redução no medo da avaliação negativa observada no presente estudo no grupo TCP não atingiu significância estatística em nenhuma das análises realizadas. Contudo, o tamanho de efeito intragrupo associado a diferença de médias entre pré e pós-teste entre os participantes que receberam intervenção foi de 0,80, tamanho de efeito considerado grande (Cohen, 1988), sendo que o tamanho de efeito intragrupo observado na condição lista de espera foi de 0,18.

É válido destacar ainda que o tamanho amostral e as taxas de abandono dos participantes de tal pesquisa é similar aos do presente estudo: na pesquisa de De Oliveira et al. (2012) e Powell et al (2013), foram randomizados 25 participantes para o grupo Processo e 22

para o grupo técnicas convencionais da TCC, sendo que 16 e 14 participantes dos grupos Processo e TCC, respectivamente, finalizaram o tratamento. No presente estudo, 27 participantes foram randomizados para o grupo TCP, sendo que 18 foram incluídos na análise, e 35 foram randomizados para a condição lista de espera, sendo realizado o pós-teste em 21.

Os resultados do presente ensaio clínico randomizado confirmam ainda os estudos da literatura em TCP (De Oliveira, 2008; De Oliveira et al., 2012; Delavechia et al., 2016). Entretanto, é importante salientar que os estudos em TCP publicados até o momento avaliaram somente a efetividade da técnica Processo e não de todo o protocolo de intervenção. Assim, como já mencionado, este é o primeiro estudo que avaliou a aplicação completa da intervenção em TCP, e não somente o efeito do Processo sobre diferentes medidas.

Os resultados desta pesquisa confirmam ainda a literatura acerca da eficácia da TCC no tratamento do TAS, que indica que a intervenção cognitivo-comportamental é a mais eficaz no tratamento desta condição, sendo considerada padrão-ouro (Acarturk et al., 2009; Barkowski et al., 2016; Hofmann et al., 2013; Mayo-Wilson et al., 2014; Ponniah & Hollon, 2006; Otte, 2011).

Uma das mais recentes meta-análises que avaliou a efetividade da TCC no tratamento do TAS e que incluiu somente ensaios clínicos randomizados em sua análise, observou um tamanho médio de efeito de 0,70 em relação a TCC sobre diferentes medidas de ansiedade social (Acarturk et al., 2009). Considerando somente os estudos que compararam grupo tratado com grupo lista de espera e aqueles que realizaram a intervenção somente em formato individual, foram observados tamanhos médios de efeito de 0,86 e 0,61 respectivamente. No presente estudo, que também utilizou um grupo de comparação lista de espera e foi realizado em formato individual, foi observado um tamanho de efeito maior para a intervenção em TCP sobre a ansiedade social ($d = 1,87$), o que indica que a intervenção realizada foi muito efetiva na redução de tal sintoma. É importante salientar ainda que tal meta-análise observou um tamanho médio de efeito de 0,70 para a SADS, e que no presente estudo foi observado um tamanho de efeito de 1,07, o que reforça a eficácia da intervenção em reduzir sintomas de ansiedade social, mais especificamente de esquiva e desconforto social, características acentuadas no quadro de TAS.

A intervenção em TCP foi efetiva ainda em reduzir sintomas depressivos, avaliados no estudo através do BDI-II e PHQ-9. O grupo TCP apresentou maior redução nos sintomas depressivos do que o grupo lista de espera em ambas as escalas, sendo que tal diferença foi também associada a tamanhos de efeito grande entre grupos ($d_{BDI} = 1,44$; $d_{PHQ} = 1,74$). A mudança que ocorreu ao longo do tempo em sintomas depressivos é mais acentuada ainda no

grupo TCP do que nos grupos lista de espera e saudável, sendo tal diferença associada a um tamanho de efeito grande quando comparado com o grupo lista de espera, por exemplo ($d_{BDI} = 1,48$; $d_{PHQ} = 1,76$). Vale destacar que o estudo de Acarturk et al. (2009) encontrou um tamanho médio de efeito de 0,70 para TCC sobre medidas de depressão, sendo no presente estudo observado um tamanho de efeito maior. É importante ressaltar ainda que a redução que ocorreu entre o pré e o pós-teste no grupo TCP foi maior do que a que ocorreu nos grupos lista de espera e saudável em sintomas de ansiedade e sofrimento psíquico. Todas as diferenças observadas foram também associadas a tamanhos de efeito grandes quando comparado com o grupo lista de espera, por exemplo ($d_{BAI} = 1,25$; $d_{SRQ} = 1,29$).

Assim, observa-se que a intervenção com TCP foi associada a uma redução significativa entre pré e pós-teste não somente em sintomas de ansiedade social, mas também em sintomas depressivos, de ansiedade, e indicativos de sofrimento psíquico. Apesar de ter sido utilizado um protocolo direcionado para o tratamento do TAS, a diminuição observada em diferentes sintomas psiquiátricos indicam que a TCP pode ser uma nova abordagem transdiagnóstica no tratamento do TAS e das comorbidades associadas. Uma vez que a presença de comorbidades, especialmente depressão, é alta e associada a um pior prognóstico, uma nova abordagem dentro da TCC que seja efetiva não somente na redução de sintomas de ansiedade social, mas também nos sintomas depressivos tão comumente observados na prática clínica, pode ser de grande valia para psicólogos e psiquiatras (Dalrymple & Zimmerman, 2007; Katzelnick et al., 2001; Ohayon & Schatzberg, 2010; Wong et al., 2014).

Em relação ao terceiro objetivo específico da pesquisa, foi observado ainda que os participantes que receberam tratamento apresentaram uma redução significativa no escore à lista de 60 itens de situações sociais avaliados segundo a HSCC, entre a primeira sessão e o pós-teste. Além disso, o número médio de itens avaliados como uma atividade cuja exposição gera máximo sofrimento e que os indivíduos não se imaginam realizando também reduziu de forma significativa entre a primeira sessão e o pós-teste. Tais dados indicam que a intervenção com TCP pode ter auxiliado os participantes a reavaliar o quão eliciador de ansiedade e aversivo são determinadas situações sociais, sendo que atividades que no início do tratamento eram percebidas como geradoras de sofrimento, passaram a ser avaliadas como situações que geram desconforto e são passíveis de enfrentamento.

A lista de 60 itens é um instrumento que avalia sintomas emocionais (quão desconfortável ou sofrível é se imaginar realizando determinada exposição) gerados por uma exposição e é possível que a mudança no sistema de crenças do paciente e a reestruturação cognitiva promovida pelo tratamento possam estar relacionados a tal mudança, haja vista que a

TCP é uma intervenção desenvolvida para modificar crenças centrais disfuncionais através de técnicas vivenciais (De Oliveira, 2015a). Entretanto, não pode ser descartado que a redução em tais sintomas pode ter ocorrido devido às exposições comportamentais que os pacientes realizaram como tarefa de casa entre as sessões. Tais exposições ocorreram de forma gradual, sendo que os participantes, com a ajuda da pesquisadora, escolhiam entre dois a três itens da lista avaliados como 2 ou 3 (situações geradoras de desconforto, porém não de sofrimento) para realizarem exposição durante a semana. Atividades inicialmente avaliadas como 4 ou 5 podem ter sido ao longo da intervenção avaliadas como 2 ou 3 devido aos efeitos da habituação e generalização, componentes já bem reconhecidos na técnica de exposição comportamental (Craske, Hermans, & Vansteenwegen, 2006).

Entretanto, é importante ressaltar os resultados obtidos com o CD-Quest: observou-se no grupo tratado uma redução significativa no número de distorções cognitivas entre a terceira sessão (primeiro momento em que os pacientes respondem à tal instrumento) e o pós-teste, havendo uma redução paulatina ao longo do tratamento. Assim, a reestruturação cognitiva promovida pela TCP, ao levar a uma redução das distorções cognitivas, pode posteriormente ter gerado uma mudança nas respostas emocionais observadas através da lista de 60 itens de exposição à situações sociais, uma vez que a TCC postula que mudanças no sistema de crenças estão relacionadas a mudanças nas respostas emocionais e comportamentais (De Oliveira, 2008; Knapp, 2004).

Já em relação às possíveis temáticas/técnicas da intervenção com maior efetividade em reduzir sintomas de ansiedade social, medo da avaliação negativa, esquiva e desconforto social e depressão, os resultados obtidos indicam que as mudanças ocorridas entre os blocos de terapia na SPIN, SADS e BDI-II foram homogêneas, ou seja, não houve temáticas ou técnicas específicas discutidas em determinado momento da intervenção que levaram à maior redução em tais instrumentos. Apesar de haver uma redução considerável em sintomas na BDI entre o primeiro bloco de tratamento (pré-teste à 4ª sessão) e o terceiro bloco (8ª à 12ª sessão), tal diferença atingiu uma significância marginal.

Entretanto, em relação à FNE, observou-se que a redução que ocorreu no último bloco da terapia (12ª à 16ª sessão) foi significativamente maior do que as reduções de sintomas de medo da avaliação negativa que ocorreram nos outros blocos da intervenção, não sendo observadas diferenças em relação aos três primeiros blocos. Tais resultados apontam que a redução no medo da avaliação negativa entre os participantes que receberam intervenção em TCP foi mais evidente nas últimas sessões, o que pode indicar que os mecanismos mais efetivos de ação da terapia sobre estes sintomas provavelmente ocorreram no bloco anterior (8ª

a 12ª sessão), uma vez que não foram observadas diferenças nos outros blocos. Sabe-se que a principal temática discutida em tal bloco foi a avaliação de crenças centrais através do Processo. Tal técnica foi utilizada para identificar e reestruturar crenças centrais disfuncionais e ativar crenças centrais mais positivas nas sessões 9, 10, 11, 12 e 13. Assim, é possível que o uso sistemático do Processo ao longo destas sessões pode ter contribuído para a redução mais proeminente de sintomas de medo da avaliação negativa observado nas últimas quatro sessões da intervenção. No estudo de De Oliveira et al. (2012a), foi observado uma redução nos sintomas da FNE com o uso do Processo em comparação com técnicas convencionais da TCC que visam promover reestruturação cognitiva. Os autores apontam em tal estudo que diferente dos participantes que receberam a intervenção em TCC tradicional, o grupo que recebeu a intervenção com o Processo foi ativamente estimulado a desqualificar as evidências obtidas pela defesa (pensamentos do tipo “*sim...mas*”), sendo posteriormente utilizada a técnica da seta ascendente para a elaboração de crenças mais funcionais. Os participantes do grupo que recebeu somente intervenção com técnicas da TCC não realizaram tal etapa, uma vez que tais técnicas geralmente finalizam até a etapa de busca de hipóteses alternativas para as crenças disfuncionais, sendo que os pacientes não são ativamente estimulados a desqualificar os pensamentos funcionais alternativos gerados (De Oliveira et al, 2012a).

O Processo é uma técnica extremamente vivencial, sendo realizados *role-plays* que simulam um processo judicial (De Oliveira, 2015a). Assim, uma das principais características que diferem a TCP da TCC tradicional é o uso sistemático da imaginação e de exercícios vivenciais para promoção de reestruturação cognitiva. Diferentes estudos apontam que a imaginação é capaz de gerar respostas emocionais intensas e afetar o comportamento, sendo bem reconhecido em diferentes abordagens em Psicologia clínica o uso de técnicas que envolvem imaginação para promover mudanças em comportamentos, emoções e crenças (Holmes et al., 2016; Holmes, & Mathews, 2010). Assim, é possível que o uso contínuo da imaginação de uma forma vívida promovida tanto pelo Processo, quanto pelo Processo II, auxilie os pacientes a imaginarem e construir descrições mais positivas de si mesmos, promovendo, portanto, uma reestruturação cognitiva associada a respostas emocionais e comportamentais mais funcionais. Logo, os resultados observados neste ensaio clínico randomizado tanto em relação à redução mais proeminente na FNE nas últimas sessões do tratamento, quanto em relação à redução em sintomas de ansiedade social, ansiedade, esquiva e desconforto social, depressão, e sofrimento psíquico, podem estar associados ao uso contínuo da imaginação e de técnicas vivenciais promovidas pela TCP. Entretanto, faz-se necessária a realização de mais pesquisas para avaliar quais componentes específicos da intervenção com

TCP estão relacionados à eficácia observada no presente estudo, assim como no tratamento de outras condições psiquiátricas.

Em relação ao resultados referentes à avaliação de viés atencional, observou-se que os participantes com TAS, especialmente os do grupo TCP, apresentaram maior tempo de resposta tanto às palavras emocionais, quanto neutras. Entretanto, tal sobrepujança não atingiu significância estatística. Não foi observada ainda a presença de viés atencional nos participantes com TAS no pré-teste (nem no grupo saudável, como esperado), uma vez que não se observaram diferenças no tempo médio de reação às palavras que representam ameaça social em relação às palavras neutras. Assim, os participantes com TAS apresentaram o mesmo padrão de resposta dos participantes controle.

Em relação às comparações pré-teste x pós-teste, não foi observada uma interação significativa entre tempo x grupo x valência da palavra. Entretanto, observou-se, que os grupos TCP e saudável apresentaram uma redução significativa no tempo médio de reação às palavras neutras e emocionais entre o pré e o pós-teste. Tal redução sugere um efeito de aprendizagem sobre a resposta dos indivíduos ao teste, uma vez que as palavras apresentadas no pré-teste foram as mesmas utilizadas no pós-teste. Entretanto, é válido salientar que não foi observada diferença significativa em relação ao grupo lista de espera entre pré e pós-teste em nenhuma categoria de palavra.

Tais resultados estão em contradição com alguns estudos da literatura que indicam a presença de viés atencional no TAS para estímulos que representam ameaça social, bem como em outros quadros de ansiedade, além de não confirmar estudos que apontam que após a intervenção com TCC há uma redução do viés atencional no TAS e também em outras condições de ansiedade clínica (Becker, Rinck, Margrad & Roth; 2001; Calamaras, Tone & Anderson, 2012; Grant & Beck, 2006; Lundh & Ost, 2001; Mattia, Heimberg & Hope, 1993; Nortje & Posthumus, 2012).

Entretanto, deve ser observado que a literatura não é unânime em relação à presença de viés atencional no TAS e mesmo em outros transtornos de ansiedade, bem como a redução de tal viés após tratamento com a abordagem cognitivo-comportamental, especialmente quando se utiliza o teste de Stroop emocional. De Cort, Hermans, Spruyt, Griez e Schruers (2008) e Devineni, Blanchard, Hickling e Buckley (2004), por exemplo, não encontraram reduções entre pré e pós-teste em pacientes com diferentes quadros de ansiedade utilizando tal teste, mesmo após realização de intervenção com redução significativa em medidas clínicas. Alguns autores apontam que o teste de Stroop emocional pode ser uma medida impura de atenção, pois pode envolver um processamento pós-atencional do estímulo dependendo do

delineamento utilizado. Assim, a resposta ao teste pode estar relacionada tanto a um viés para ameaça, quanto a tentativas de inibição do significado das palavras do teste (Amir & Bomyea, 2010; Baños, Quero & Botella, 2004; Fistikci, Saatcioglu, Keyvan, Kalka, & Topçuoğlu, 2015).

Baños, Quero e Botella (2004), avaliaram se há diferenças no viés atencional no TAS dependendo do formato do teste de Stroop emocional utilizado (computadorizado ou em listas impressas), analisando ainda se o tratamento com TCC afeta tal viés. Foi observada presença de viés atencional no pré-teste e mudanças entre pré e pós-teste somente quando se utilizou o formato de listas, não se observando tais resultados no formato computadorizado. Tais resultados indicam que os formatos computadorizado e de lista podem não ser equivalentes e mensurar construtos diferentes.

Têm se observado ainda diferenças em resultados quanto ao modo de apresentação das palavras no formato computadorizado, não sendo observado viés atencional quando as palavras neutras e emocionais são apresentadas de forma aleatória. Entretanto, quando os estímulos são apresentados em blocos (neutras x emocionais), observam-se resultados significativos (Baños, Quero & Botella, 2004; Holle *et al.*, 1997; Quero, Baños & Botella, 2000). Assim, a literatura indica que a presença de viés parece ser mais comumente observada quando: 1) utiliza-se o formato de listas; e 2) emprega-se a apresentação conjunta de palavras de uma mesma categoria (apresentação em blocos de acordo com a valência), seja no formato computadorizado ou em listas (Holle *et al.*, 1997; Quero, Baños & Botella, 2000).

O estudo de De Cort *et al.* (2008), por exemplo, utilizou um paradigma experimental semelhante ao utilizado no presente estudo para avaliar a presença de viés atencional no Transtorno do Pânico, a saber: teste de Stroop emocional no formato computadorizado e apresentação randomizada das palavras, sendo que cada palavra ficava disponível na tela do computador até a resposta do participante. Em tal estudo não foi observada a presença de viés atencional, apesar dos participantes com transtorno do pânico terem apresentado um tempo de resposta mais lento de forma geral.

É importante salientar ainda que se têm observado resultados distintos em relação à presença de viés atencional no TAS no que tange ao tipo de estímulo utilizado (se palavras ou faces). Alguns autores apontam que a utilização de faces com diferentes valências emocionais possuem maior validade ecológica do que a utilização de palavras, uma vez que expressões faciais de raiva ou alegria, por exemplo, estão relacionadas a avaliações sociais e têm maior significado para o desenvolvimento da espécie humana, ao passo que palavras são

representações simbólicas de experiências sociais (Amir & Bomyea, 2010; Baños, Quero & Botella, 2004).

Outra variável que pode afetar os resultados na avaliação do viés atencional é a presença de comorbidade, especialmente sintomas depressivos. Grant e Beck (2006), por exemplo, avaliaram uma amostra de participantes com TAS, outra com sintomas depressivos e, por fim, uma amostra com TAS e sintomas depressivos, sendo observada presença de viés atencional somente no grupo com sintomas de TAS. Resultados semelhantes foram encontrados por Musa, Lepine, Clark, Mansell e Ehlers (2003), que observaram viés atencional em pacientes com TAS, não sendo observado, entretanto, em pacientes com comorbidade com depressão. Tais dados indicam que a presença de comorbidade com depressão pode anular o viés atencional observado no TAS.

Assim, a ausência de resultados significativos encontrados no presente estudo em relação à presença de viés atencional entre os participantes com TAS em relação ao grupo controle no pré-teste, pode ter ocorrido devido ao teste de atenção e *design* experimental adotados, uma vez que foi utilizado o teste de Stroop emocional no formato computadorizado com apresentação aleatória de palavras. Tal paradigma experimental pode não ter sido sensível o suficiente para detecção de viés atencional na amostra, apesar do grupo TCP ter apresentado maior tempo de resposta para as palavras que representam ameaça social do que as neutras. A utilização de palavras, em detrimento de faces, pode ser outra variável relacionada à não significância de resultados, uma vez que tal tipo de estímulo tem sido apontado como apresentando menor validade ecológica e poder em gerar ativação emocional detectável nos testes de atenção. Além disso, não pode ser descartado que a alta presença de comorbidades associado ao TAS no presente estudo, especialmente a depressão, pode ter contribuído para os resultados observados, uma vez que a literatura aponta que a presença de depressão diminui ou anula a presença de viés atencional para estímulos relacionados à ameaça no quadro de TAS. Entretanto, é válido salientar que os sintomas depressivos avaliados pela BDI-II foram controlados como covariáveis na análise estatística realizada e que, apesar disso, não foram observados resultados significativos. Logo, diferenças devido ao teste, tipo de estímulo utilizado e forma de apresentação podem estar relacionadas com os resultados conflitantes encontrados nesta pesquisa em relação a alguns estudos da literatura.

Por fim, deve-se destacar que o estudo apresenta algumas limitações, sendo a mais proeminente a relacionada às diferenças no pré-teste observadas entre os grupos TCP e lista de espera. Embora os participantes tenham sido randomizados por um pesquisador externo ao estudo e que tenham sido excluídos os participantes que não apresentavam dose estável de

medicamento psiquiátrico até um mês antes da data da entrevista, o grupo TCP apresentou uma quantidade significativamente maior de pacientes com diagnóstico prévio de TAS e ingestão de medicamento psiquiátrico, além de tais participantes terem apresentado maior pontuação na BAI. Tais diferenças no pré-teste podem indicar que os participantes do grupo TCP apresentam um quadro de TAS mais crônico e severo em relação ao grupo lista de espera, uma vez que tais indivíduos já receberam diagnóstico prévio de TAS, utilizam medicamento psiquiátrico e são mais clinicamente ansiosos. Como a literatura aponta que a severidade e cronicidade da ansiedade social no pré-tratamento são variáveis que afetam a resposta à intervenção, estando relacionadas a um pior prognóstico, (Erwin, Heimberg, Juster & Mindlin, 2002; Heimberg, 2002), seria esperada uma pior resposta no grupo tratado. Entretanto, a intervenção em TCP foi eficaz em reduzir não somente os sintomas de ansiedade social, mas também de diferentes sintomas clínicos, sendo tais reduções associadas com tamanhos de efeito grandes. É válido destacar ainda que a presença de diagnóstico prévio de TAS, ingestão de medicamento psiquiátrico, escores da BAI no pré-teste, entre outros, foram controlados como covariáveis nas análises realizadas sobre a eficácia do tratamento, sendo mesmo após isto observadas diferenças significativas entre os grupos.

Deve-se destacar ainda a limitação relacionada ao viés do pesquisador, que atuou como avaliador e também terapeuta da presente pesquisa. Apesar dos participantes terem sido randomizados entre as condições lista de espera e intervenção em TCP por um pesquisador externo ao estudo, a pesquisadora realizou algumas avaliações diagnósticas dos participantes, sendo que alguns destes (os randomizados para a condição TCP) foram atendidos por ela. Entretanto, é importante salientar que a avaliação foi feita tanto pela pesquisadora, quanto por dois outros pesquisadores externos ao estudo, sendo realizada por ordem de envio de interesse ao e-mail da pesquisa.

Outra limitação da pesquisa está relacionada ao grupo de comparação utilizado (lista de espera). A literatura aponta que participantes com TAS randomizados para condições de lista de espera apresentam pouca ou nenhuma mudança durante o período de espera e continuam sintomáticos após tal período (Steinert, Stadter, Stark, & Leichsenring, 2016). É reconhecido ainda que ensaios clínicos randomizados que comparam o tratamento com condições de lista de espera apresentam maior tamanho de efeito e, aparentemente, maior eficácia, do que estudos que comparam a intervenção com grupos de tratamento ativo ou placebo (Acarturk et al., 2009). Assim, os resultados obtidos na presente pesquisa podem ter sido efetivos e associados a tamanhos de efeito grandes devido ao grupo de comparação utilizado. Entretanto, Acarturk et al. (2009) observaram em sua meta-análise um tamanho de

efeito de 0,86 da TCC sobre medidas de ansiedade social quando avaliados somente ensaios clínicos randomizados que utilizaram grupos lista de espera como comparação com a intervenção experimental, sendo na presente pesquisa observado um tamanho de efeito maior ($d = 1,87$). Deve-se atentar ainda que apesar das limitações, a utilização de grupos lista de espera na avaliação do efeito da TCC e de outras psicoterapias em ensaios clínicos randomizados é muito comum na área, indicando que o uso de tal condição controle na área ainda é recorrente (Acarturk et al., 2009; Mayo-Wilson et al., 2014; Steinert, Stadter, Stark, & Leichsenring, 2016).

Deve-se destacar que inicialmente foi planejado um design *crossover* com intervenção no grupo lista de espera após a avaliação pós-teste e realização posterior de uma nova avaliação em tal grupo, que seria classificado como tratado. Tal procedimento geraria dados que poderiam evitar algumas questões metodológicas associadas ao uso do grupo lista de espera, além de gerar mais dados sobre a eficácia da intervenção. Contudo, não foi possível a realização de tal metodologia ao longo da pesquisa uma vez que a pesquisadora encontrou grande dificuldade para a realização de avaliação pós-teste entre os participantes do grupo lista de espera. Quando se conseguiu contato e o pós-teste foi realizado, foi oferecido tratamento para tais participantes, sendo que a maioria não demonstrou interesse em realizar a intervenção. Dos participantes do grupo lista de espera avaliados, somente um aceitou realizar tratamento tendo, porém, abandonado a terapia na quarta sessão.

Outra limitação do estudo refere-se ao pequeno tamanho amostral utilizado. Apesar de terem sido randomizados 35 participantes para a condição lista de espera e 27 para o grupo TCP, foram incluídos na análise 21 e 18 participantes por grupo, respectivamente. O pequeno tamanho amostral pode estar relacionado à não significância estatística observada em algumas medidas, como o viés atencional e a comparação entre grupos em relação à FNE. Entretanto, apesar da reduzida amostra, a intervenção com TCP se mostrou efetiva na redução da ansiedade social, depressão, ansiedade, esquiva e desconforto social e sintomas indicativos de sofrimento psíquico.

Por fim, poder-se-ia indagar que a alta presença de comorbidades no estudo inviabilizaria os resultados obtidos, haja vista que a intervenção não teria sido avaliada somente em pacientes com TAS como diagnóstico único, sendo tal achado uma covariável de confusão na pesquisa. Entretanto, a presença de comorbidade foi controlada como covariável nas análises realizadas, além de terem sido incluídos na pesquisa somente participantes que apresentaram TAS como diagnóstico primário. Além disso, a alta presença de comorbidades associadas ao TAS neste estudo reflete dados de amostras clínicas, que indicam que a

presença de TAS como diagnóstico único é a exceção, mais do que a regra. Portanto, tal achado aumenta a validade externa deste estudo, que pode ser especialmente útil para clínicos e pesquisadores interessados em intervenções aplicáveis em contextos “reais” e não somente no campo da pesquisa experimental.

Assim, este é o primeiro ensaio clínico randomizado publicado na literatura que avaliou a aplicação da TCP no tratamento do TAS, comparando com um grupo de participantes randomizados para a condição lista de espera e um grupo de participantes sem transtornos psiquiátricos. Diferente de outros estudos que avaliaram somente o uso do Processo em algumas variáveis, esta pesquisa de doutorado constitui-se como um trabalho pioneiro no estudo da TCP, uma vez que avaliou a efetividade de toda a intervenção e comparou os resultados entre participantes que apresentam TAS, mas que não receberam tratamento.

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

- . A intervenção em TCP foi efetiva na redução de diferentes sintomas associados ao TAS no participante avaliado no estudo piloto. Observou-se ainda uma manutenção dos ganhos obtidos entre o pós-teste e na avaliação *follow up*.
- . O grupo experimental apresentou uma redução em sintomas de ansiedade social, depressão, ansiedade, esquiva e desconforto social, e sofrimento psíquico após a intervenção em TCP, sendo que tal redução não foi observada no grupo de comparação. Tais diferenças foram associadas a tamanhos de efeito grandes.
- . Houve uma redução em distorções cognitivas, e no desconforto avaliado frente à exposições sociais, além de uma diminuição no número de itens avaliados como geradores de sofrimento ao longo da intervenção no grupo experimental.
- . Houve uma redução mais acentuada em sintomas de medo da avaliação negativa após a utilização da técnica Processo no grupo tratado.
- . Não foi observada a presença de viés atencional em nenhum dos grupos avaliados tanto no pré-teste, quanto em comparações entre o pré e o pós-teste.

REFERÊNCIAS

- Acarturk, C., Cuijpers, P., Van Straten, A., & De Graaf, R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 39, 241-254.
- Amir, N., & Bomyea, J. (2010). Cognitive Biases in Social Anxiety Disorder. In Hofmann, S. G., & DiBartolo, P. (Org.). *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives* (pp. 373-393). London: Academic Press.
- Andrade, L. H., Wang, Y. P., Andreoni, S., Silveira, C. M., Alexandrino-Silva, C., Siu E. R., ...& Viana, M. C. (2012). Mental disorders in megacities: Findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS ONE*, 7(2), 1-11.
- Associação Psiquiátrica Americana. (2002). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (4ª ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- Associação Psiquiátrica Americana (2014). *DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Baños, R. M., Quero, S., & Botella, C. (2005). Sesgos atencionales en la fobia social medidos mediante dos formatos de la tarea Stroop emocional (de tarjetas y computerizado) y papel mediador de distintas variables clínicas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 23-42.
- Baptista, C. A., Loureiro, S. R., de Lima Osório, F., Zuardi, A. W., Magalhães, P. V., Kapczinski, F., & ... Crippa, J. S. (2012). Social phobia in Brazilian university students: Prevalence, under-recognition and academic impairment in women. *Journal of Affective Disorders*, 136, 857-861.
- 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.

- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck A.T., Epstein N., Brown G., & Steer R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Becker, E. S., Rinck, M., Margraf, J., & Roth, W. T. (2001). The emotional Stroop effect in anxiety disorders: general emotional or disorder specificity? *Journal of Anxiety Disorders*, 15(3), 147-159.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Hofler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 903-912.
- Belzer, K., & Schneier, F. R. (2004). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: Issues in conceptualization, assessment, and treatment. *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 296-306.
- Bishop, S. J. (2007). Neurocognitive mechanisms of anxiety: an integrative account. *Trends in Cognitive Sciences*, v. 11 (7), 307-316.
- Blanchette, I., & Richards, A. (2013). Is emotional Stroop interference linked to affective responses? Evidence from skin conductance and facial electromyography. *Emotion*, 13(1), 129-38.
- Bogels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B., & Voncken, M. (2010). Social Anxiety Disorder: Questions and Answers for the DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 168-189.
- Bremner, J. D. (2004). Brain imaging in anxiety disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 4, 275-284.

- 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.
- Ciraulo, D. A., Barlow, D. H., Gulliver, S. B., Farchione, T., Morissette, S. A., Kamholz, B. W., ... & Knapp, C. M. (2013). The effects of venlafaxine and cognitive behavioral therapy alone and combined in the treatment of co-morbid alcohol use-anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 51(11), 729-735.
- Clark, D. M., & Wells, A. A. (1995). Cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneider. *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., ... & Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568-578.
- Clark, D. M. (2001). A Cognitive Perspective on Social Phobia. In W. R. Crozier, & L. E. Alden (Eds.) *International Handbook of Social Anxiety: Concepts, Research and Interventions Relating to the Self and Shyness* (pp. 405-430). New York: Wiley.
- Chambless, D. L., Tran, G. Q., & Glass, C. R. (1997). Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 221-240.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power analysis for the behavioral sciences* (2.ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E. B., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): A new self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Cozby P. C. (2009). *Métodos de Pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.

- Craske, M. G., Hermans, D., & Vansteenwegen, D. (Org) (2006). *Fear and Learning: From Basic Processes to Clinical Implications*. Washington: American Psychological Association.
- Crippa, J. A. S. (2009). Social phobia: the ‘Ugly Duckling’ of anxiety disorders? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(4), 297-299.
- Cunha J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dalrymple, K. L., & Zimmerman, M. (2007). Does comorbid Social Anxiety Disorder impact the clinical presentation of principal Major Depressive Disorder? *Journal of Affective Disorders*, 100, 241-247.
- De Cort, K., Hermans, D., Spruyt, A., Griez, E., & Schruers, K. (2008). A specific attentional bias in panic disorder? *Depression and Anxiety*, 25(11), 951-955.
- Delavechia, T. R., Velasquez, M. L., Duran, E., Matsumoto, L. M., & De Oliveira, I. R. (2016). Changing negative core beliefs with trial-based thought Record. *Archives of Clinical Psychiatry*, 43(2), 31-3.
- De Oliveira, I. R. (2007). Sentence-reversion based thought record (SRBTR): A new strategy to deal with “yes, but...” dysfunctional thoughts in cognitive therapy. *European Review of Applied Psychology*, 57, 17-22.
- De Oliveira, I. R. (2008). Trial-Based thought record (TBTR): Preliminary data on a strategy to deal with core beliefs by combining sentence reversion and the use of an analogy to a trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 12-18.
- De Oliveira, I. R. (2011). Kafka’s trial dilemma: Proposal of a practical solution to Joseph K.’s unknown accusation. *Medical Hypotheses*, 77, 5-6.
- De Oliveira, I. R., Hemmany, C., Powell, V. B., Bonfim, T. D., Duran, E. P., Novais, N. ...& Cesnik, J. A. (2012a). Trial-based psychotherapy and the efficacy of trial-based thought

record in changing unhelpful core beliefs and reducing self-criticism. *CNS Spectrums*, 17, 16–23.

De Oliveira, I. R., Powell, V. B., Wenzel, A., Caldas, M., Seixas, C., Almeida, C., ... & Sudak, D. (2012b). 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, 328–334.

De Oliveira, I. R. (2015a). *Trial-Based Cognitive Therapy: A Manual for Clinicians (Clinical Topics in Psychology and Psychiatry)*. New York: Routledge.

De Oliveira, I.R., Seixas, C., Osório, F.L., Crippa, J.A.S., Abreu, J.N., Menezes, I.G., Pidgeon, A., Sudak, D., & Wenzel, A. (2015b). Evaluation of the Psychometric Properties of the Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest) in a Sample of Undergraduate Students. *Innovations in Clinical Neurosciences*, 12(7–8), 20–27.

Del-Ben, C., Vilela, J. A. A., Crippa, J. A. de S., Hallak, J. E. C., Labate, C. M., & Zuardi, A. W. (2001). Confiabilidade da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV: Versão Clínica traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), 156-159.

D'El Rey, G. J. F., & Pacini, C. A. (2006). Terapia Cognitivo-Comportamental da Fobia Social: Modelos e Técnicas. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 269-275.

Devineni, T., Blanchard, E.B., Hickling, E.J., & Buckley T.C. (2004). Effect of psychological treatment on cognitive bias in motor vehicle accident-related Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(2), 211-31.

Erwin, B. A.; Heimberg, R. G.; Juster, H., & Mindlin, M. (2002) Comorbid anxiety and mood disorders among persons with social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 19 - 35.

Fava, D. C., Kristensen, C. H., Melo, W. V., & Araujo, L. B. (2009). Construção e validação de tarefa de Stroop Emocional para avaliação de viés de atenção em mulheres com Transtorno de Ansiedade Generalizada. *Paidéia*, 19(43), 159-165.

- Fedoroff, I. C., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 311-324.
- Fendt, M., & Fanselow, M. S. (1999). The neuroanatomical and neurochemical basis of conditioned fear. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 23, 743-760.
- Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- 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 D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- 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). New York: Biometric Research, New York State, Psychiatric Institute.
- Fistikci, N., Saatcioglu, O., Keyvan, A., Kalka, M., & Topçuoglu, V. (2015). Attentional Bias and Training in Social Anxiety Disorder. *Archives of Neuropsychiatry*, 52, 4 – 7.
- Furmark, T., Tillfors, M., Marteinsdottir, I., Fischer, H., Pissiota, A., Langström B., & Fredrikson, M. (2002). Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy, *Archives of General Psychiatry*, 59(5), 425-33.
- Garcia-Lopez, L. J., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A. M., Turner S., & Rosa A. I. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: a 5-year follow-up assessment. *Journal of Anxiety Disorder*, 20(2), 175-91.
- Gorenstein, C., Pang, W. Y., Argimon, I. L., & Werlang, B. S. G. (2011). *Inventário Beck de Depressão II. Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., & Otto, M. W. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 291-306.
- Graeff, F. G. (2007). Ansiedade experimental humana. *Archives of Clinical Psychiatry*, 34(5), 251-253.
- Grant, D. M., & Beck, J. G. (2006). Attentional biases in social anxiety and dysphoria: Does comorbidity make a difference? *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 520-529.
- Gross, C., & Hen, R. (2004). The developmental origins of anxiety. *Nature Reviews Neuroscience*, 5(7), 545-52.
- Harding, T. W., Arango, M. V., Baltazar, J., Climent, C. E., Ibrahim, H.H. A., Ignacio, L. L., Murthy, R.S., & Wig, N. N. (1980). Mental Disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development countries. *Psychological Medicine*, 10, 231-241.
- Hayward, C., Varady S., Albano A. M., Thienemann M., Henderson L., & Schatzberg A. F. (2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(6), 721-6.
- Heeren, A., Maurage, P., & Philippot, P. (2013). A Bayesian Case-Controls Exploration of the Malleability of Attentional Bias for Threat in Social Phobia. *The International Journal of Cognitive Therapy*, 6(1), 24–39.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., ... & Klein, D. F. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55(12), 1133-41.
- Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: Current Status and Future Directions. *Biological Psychiatry*, 51, 101-108.

- Hermann, C., Ziegler, S., Birbaumer, N., & Flor, H. (2002) Psychophysiological and subjective indicators of aversive pavlovian conditioning in generalized social phobia. *Biological Psychiatry*, 52(4), 328-337.
- Hoexter, M.Q., Dougherty, D.D. , Shavitt, R.S. , D'Alcante, C.C. , Duran, F.L.S. , Lopes, A.C. , ...& Miguel, E.C. (2013). Differential prefrontal gray matter correlates of treatment response to fluoxetine or cognitive-behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 23(7), 56-580.
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 195-209.
- Hofmann, G. (2008). Cognitive processes during fear acquisition and extinction in animals and humans: implications for exposure therapy of anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 199-210.
- Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2008). *Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder. Evidence-Based and Disorder-Specific Treatment Techniques*. New York: Routledge.
- Hofmann, S.G., & Smits, J.A., (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 621-632.
- Hofmann, S. G., Smits, A. J., Rosenfield, D., Simon, N., Otto, M. W., Meuret, A. E., ...& Pollack, M. H. (2013). D-cycloserine as an augmentation strategy of cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 170, 751-758.
- Holle, C., Neely, J.H., & Heimberg, R.G. (1997). The effects of blocked versus random presentation and semantic relatedness of stimulus words on response to a modified Stroop task among social phobics. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 681-697.

- Holmes, E. A., Blackwell S. E., Burnett, H. S., Renner, F., & Raes, F. (2016) Mental imagery in depression: Phenomenology, potential mechanisms, and treatment implications. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 249-280.
- Holmes, E. A., & Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 349–362.
- 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.
- Ishihara, S. (1966). *Tests for colour-blindness*. Tokyo, Japan: Kanehara Shuppan.
- 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(Supl II), 96-101.
- Jefferys, D. (1997) Social phobia. The most common anxiety disorder. *Australian Family Physician*, 26(9), 1061, 1064-7.
- Joormann, J., Kosfelder, J., & Schulte, D. (2005). The impact of comorbidity of depression on the course of anxiety treatments. *Cognitive Therapy and Research*, 29(5), 569-591.
- Kafka, F. (2006). *O processo*. Porto Alegre: L & M Pocket.
- Katzelnick D. J., Kobak, K. A., DeLeire, T., Henk, H. J., Greist, J. H., Davidson J. R. T., ... & Helstead, C. P. (2001). Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1999-2007.
- Kauer-SantAnna, M., Lavinsky, M., Aguiara, R. W., & Kapczinskia, F. (2002). O papel do sistema dopaminérgico na fobia social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 50-52.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.

- Kessler, R. C., Stang, P., Wittchen, H., Stein, M., & Walters, E. E. (1999). Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 29, 555-567.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Knapp, P. (2004). Princípios fundamentais da terapia cognitiva. In: Knapp et. al. (Org.) *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica* (pp. 19-41). Porto Alegre: Artmed.
- Kristensen, C. H., Gomes, C. F. A., Justo, A. R., & Vieira, K. (2011). Normas brasileiras para o Affective Norms for English Words. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 33(3), 135-146.
- 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(9), 606-13.
- Kroenke, K., & Spitzer, R.L. (2002). The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*; 32, 509-521.
- Kostoglou, S. L., & Pidgeon, A. M. (2015). The Cognitive Distortions Questionnaire: Psychometric validation for an Australian population. *Australian Journal of Psychology*, 1-7.
- Levitan, M. N., Nascimento, I., Freire R. C., Mezzasalma, M. A., & Nardi, A. E. (2008). Equivalência semântica da versão brasileira da Social Avoidance and Distress Scale (SADS). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(1), 49-58.
- Lundh, L. G, & Ost, L. G. (2001). Attentional Bias, Self-consciousness and Perfectionism in Social Phobia Before and After Cognitive-Behaviour Therapy. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30(1), 4-16.

- Mari, J. J., & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 148, 23-6.
- Martinez, A. S., Oliveira, A. M., Badaró, A. C., Gomes, D. A. G., Peres, F. S., Tavares, F. S., & Lourenço, L. M. (2012). Periódicos da CAPES: Perspectiva das Dissertações e Teses sobre Transtorno de Ansiedade Social / Fobia Social. *Interação em Psicologia*, 16(2), 283-292.
- Mattia, J. I., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1993). The revised Stroop color-naming task in social phobics. *Behaviour Research and Therapy*, 31(3), 305-13.
- Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranetzouli, I., Kew, K., Clark, D. M., Ades, A. E., & Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 1, 368-376.
- Melo, W., Bizarro, L., Peixoto, M. S., & Oliveira, A. A. (2012). Assessment of attentional bias in the auditory channel and anxiety in undergraduate students. *Ciências & Cognição*, 17(2), 51-62.
- Melo, W.V, Peixoto, M., Oliveira, A., & Bizarro, L. (2012). Avaliação da ansiedade e do processamento da atenção em universitários através da tarefa de Stroop Emocional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 14(2), 23-35.
- Menezes, G. B., Fontenelle, L. F., Mululo, S., & Versiani, M. (2007). Resistência ao tratamento nos transtornos de ansiedade: fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno do pânico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (Supl II), S55-S60.
- Montagnero, A. V., Lopes, E. J., & Galera, C. (2008). Relação entre traços de ansiedade e atenção através de Tarefas de Stroop. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10(2), 157-169.

- Morrison, A.S., Potter, C.M., Carper, M.M., Kinner, D.G., Jensen, D., Bruce, L., ...& Heimberg, R.G. (2015). The Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest): Psychometric Properties and Exploratory Factor Analysis. *The International Journal of Cognitive Therapy*, 8(4), 287-305.
- Mörtberg, E., Clark, D. M., Sundin, Ö., & Wistedt, A. A. (2007). Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115,142-154.
- Mueller, E. M., Hofmann, S. G., Santesso, D. L., Meuret, A. E., Bitran, S., & Pizzagalli, D. A. (2009). Electrophysiological Evidence of Attentional Biases in Social Anxiety Disorder. *Psychological Medicine*, 39(7), 1141–1152.
- Mululo, S. C. C., Menezes, G. B., Fontenelle, L. F., & Versiani, M. (2009). Eficácia do tratamento cognitivo e/ou comportamental para o transtorno de ansiedade social. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3), 177-186.
- Montgomery, D. C. (2000). *Design and Analysis of Experiments* (5a ed). John Wiley & Sons, Inc., Nova Iorque.
- Mörtberg, E., Clark, D. M., Sundin, Ö., & Wistedt, A. Å. (2007). Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115,142-154.
- Musa, C., Lepine, J-P., Clark, D. M., Mansell, W., & Ehlers, A. (2003). Selective attention in social phobia and the moderating effect of a concurrent depressive disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 41,1043–1054.
- Najström, M., & Jansson, B. (2007). Skin conductance responses as predictor of emotional responses to stressful life events. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2456-63.
- Neufeld, C. B., & Cavenage, C. C. (2010). Conceitualização cognitiva de caso: Uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6 (2), 3-35.

- Nie, N. H., Hull, C. H., & Bent, D. H. (2003). *Statistical Package for Social Sciences* (Versão 12.0) [Software computacional]. São Paulo: SPSS Inc.
- Niles, A.N.; Mesri, B.; Burklund, L.J.; Lieberman, M.D.; & Craske, M.G. (2013). Attentional bias and emotional reactivity as predictors and moderators of behavioral treatment for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 51(10), 669-679.
- Nortje, C., & Posthumus, T. (2012). Scores on an emotional Stroop task after treatment of social anxiety disorder. *Psychological Reports*, 111(2), 461-471.
- Ohayon, M. M., & Schatzberg, A. F. (2010). Social phobia and depression: Prevalence and comorbidity. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 235-243.
- Ohman, A., & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychological Review*, 108(3), 483-522.
- Otte, C. (2011). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13, 413-421.
- 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.
- Osório F. L., Mendes A. V., Crippa, J. A. de 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), 216-27.
- Ougrin, D. (2011). Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: Systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 11(1), 200.
- Ponniah, K. & Hollon, S. D. (2008). Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: a qualitative review of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 38(01), 3-14.

- Perls, F. (1973). *The Gestalt Approach & Eye Witness to Therapy*. New York, NY: Bantam Books.
- Powell, V. B., de Oliveira, O. H., Seixas, C., Almeida, C., Grangeon, M. C., Caldas, M., ... & de-Oliveira I. R. (2013). Changing core beliefs with trial-based cognitive therapy may improve quality of life in social phobia: a randomized study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35, 243-247.
- Quero, S., Baños, R., & Botella, C. (2000). Sesgos cognitivos en el trastorno de pánico: Comparación entre el Stroop computerizado y el Stroop con tarjetas. *Psicothema*, 12, 165-170.
- Quirk, G.J., Garcia, R., & Gonzalez-Lima, F. (2006) Prefrontal mechanisms in extinction of conditioned fear. *Biological Psychiatry*, 60, 337–343.
- Santos, I. S., Tavares, B. F., Munhoz, T. N., Almeida, L. S. P., Silva, N. T. B., Tams, B. D., Patella, A. M., & Matijasevich, A (2013). Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(8), 1533-1543.
- Schall, R. (1991). Estimation in generalized linear models with random effects, *Biometrika*, 78(4), 719-727.
- Schneider, W., Eschman, A., & Zuccolotto, A. (2012). *E-Prime User's Guide*. Pittsburgh: Psychology Software Tools, Inc.
- Sehlmeyer, C., Dannlowski, U., Schöning, S., Kugel, H., Pyka, M., Pfeleiderer, B.,...& Konrad, C. (2011). Neural correlates of trait anxiety in fear extinction. *Psychological Medicine*, 41(4), 789-798.
- Shin, L. M., & Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 169-91.

- 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), 159-169.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: Individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(9), 991-1007.
- Steinert, C., Stadter, K., Stark, R., & Leichsenring, F. (in press). The effects of waiting for treatment: A meta-analysis of waitlist control groups in randomized controlled trials for social anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643-662.
- Tavares M. (1996). *Entrevista clínica estruturada para o DSM-IV: transtornos do eixo I – edição para pacientes (SCID-I/P 2.0)*. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- Tobon, J., Ouimet, A. J., Dozois, D. J. A. (2011). Attentional Bias in Anxiety Disorders Following Cognitive Behavioral Treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 25(2), 114-129.
- Vorcaro, C.M., Rocha, F.L., Uchoa, E., & Lima-Costa, M. F. (2004) The burden of social phobia in a Brazilian community and its relationship with socioeconomic circumstances, health status and use of health services: the Bambui study. *The International Journal of Social Psychiatry*, 50(3), 216-26.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.

- Williams, J. M. G., Mathews A., & MacLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin*, 120, 3-24.
- Wong, J., Morrison, A. S., Heimberg, R. G., Goldin, P. K., & Gross, J. J. (2014). Implicit associations in social anxiety disorder: the effects of comorbid depression. *Journal of anxiety disorders*, 28, 537-546.
- 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.

ANEXOS

Anexo A

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

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 o 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 videogravados 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 cbneufeld@usp.br (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

Anexo C

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 cbneufeld@usp.br (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

Anexo D

Hierarquia de Sintomas Codificados por Cores

0	a exposição é confortável ou indiferente
1	a exposição provoca desconforto leve
2	a exposição provoca desconforto médio ou moderado
3	a exposição provoca desconforto intenso
4	a exposição provoca sofrimento (enfrento apenas se for muito necessário ou quando não há alternativa)
5	a exposição provoca sofrimento tão intenso que não consigo me imaginar fazendo

1. Fazer uma tarefa ou atividade na qual posso ser criticado
2. Beber em locais onde posso ser observado
3. Falar com pessoas em posição superior (p. ex., professor, chefe, padre)
4. Representar um papel diante de outras pessoas
5. Fazer um discurso preparado diante de pessoas conhecidas
6. Fazer um discurso preparado diante de pessoas desconhecidas
7. Fazer um discurso improvisado diante de pessoas conhecidas
8. Fazer um discurso improvisado diante de pessoas desconhecidas
9. Ir a uma festa (aniversário, casamento, etc)
10. Executar uma tarefa com alguém conhecido observando
11. Executar uma tarefa com alguém desconhecido observando
12. Assinar meu nome com alguém me observando
13. Escrever com alguém conhecido observando
14. Escrever com alguém desconhecido observando
15. Dirigir-me a alguém que não conheço (p. ex., para tomar informações)
16. Falar com uma pessoa que não conheço quando ela se dirige a mim
17. Encontrar-me com pessoas que não conheço
18. Usar banheiro público onde as pessoas são conhecidas (p. ex., trabalho, escola)
19. Usar banheiro público onde as pessoas são desconhecidas (p. ex., shopping)
20. Entrar em um ambiente quando outras pessoas estão sentadas e podem me observar
21. Atravessar um ambiente onde há outras pessoas que podem me observar (p. ex., praça de alimentação em um shopping, pátio da escola ou do trabalho no intervalo)
22. Comer em uma cantina ou restaurante
23. Ser o centro das atenções em um grupo (p. ex., estar presente enquanto alguém fala de mim para outros)
24. Falar ou fazer pergunta em uma reunião ou sala de aula
25. Submeter-me a um exame escrito
26. Submeter-me a um exame oral

27. Telefonar na presença de pessoas conhecidas
28. Telefonar na presença de pessoas desconhecidas
29. Discordar ou expressar descontentamento para pessoas conhecidas
30. Discordar ou expressar descontentamento para pessoas que não conheço
31. Olhar para pessoas que conheço
32. Olhar para pessoas que não conheço
33. Falar para pequenos grupos (até 5 pessoas que conheço)
34. Falar para pequenos grupos (até 5 pessoas que não conheço)
35. Falar para pequenos grupos (entre 6 e 10 pessoas que conheço)
36. Falar para pequenos grupos (entre 6 e 10 pessoas que não conheço)
37. Falar para grupos maiores que 10 pessoas que conheço
38. Falar para grupos maiores que 10 pessoas que não conheço
39. Falar em público em um grande evento (congresso, comemoração)
40. Paquerar, flertar ou fazer a corte a alguém
41. Devolver objetos em uma loja
42. Participar de pequenos grupos, mesmo sem precisar falar
43. Organizar uma festa
44. Resistir a um vendedor por telefone
45. Resistir a um vendedor pessoalmente (p. ex., em uma loja)
46. Experimentar algo (ex., sapato, roupa) em uma loja e sair sem comprar nada
47. Ficar vermelho na presença de pessoas conhecidas
48. Ficar vermelho na presença de pessoas desconhecidas
49. Ser criticado por alguém conhecido
50. Ser criticado por alguém que não conheço
51. Transpirar na frente de pessoas conhecidas
52. Transpirar na frente de pessoas desconhecidas
53. Bater papo com estranhos
54. Sentir palpitações cardíacas quando estou no meio de outras pessoas
55. Receber elogio na frente de conhecidos
56. Receber elogios na frente de desconhecidos
57. Fazer algo que possa me fazer parecer bobo ou louco (sem intenção)
58. Fazer algo que possa me fazer parecer bobo ou louco intencionalmente
59. Tremer na frente de pessoas conhecidas
60. Tremer na frente de pessoas desconhecidas

Anexo E

Palavras selecionadas do ANEW-br

Palavra	Valência (Agradável = 9 Desagradável =1)		Alerta (Estimulado = 9 Calma= 1)	
	Média	DP	Média	DP
ABALADO	2,58	1,81	5,11	2,82
ABANDONADO	1,85	1,70	5,48	2,49
ACANHADO	3,89	2,01	5,03	2,75
AGONIA	2,05	1,97	6,61	2,70
ANGUSTIADO	2,22	1,90	6,65	2,32
ANSIOSO	3,50	2,44	7,05	2,44
APÁTICO	3,21	2,02	4,93	2,69
DESESPERADOR	1,92	1,58	6,12	3,11
DESINTERESSADO	3,46	1,90	5,16	2,65
DESLIGADO	3,31	1,86	5,13	2,64
DESPREZO	1,71	1,32	4,96	3,18
ENGANAÇÃO	1,76	1,56	6,31	2,91
ENVERGONHADO	3,29	1,95	5,33	2,42
ESPANTADO	4,47	1,93	4,80	2,87
ASSUSTADO	2,89	2,17	6,00	2,54
ATERRORIZADO	1,79	1,46	7,32	2,53
BURRO	2,96	1,90	4,70	2,73
CONFUSO	2,54	1,61	5,83	3,00
CONSTRANGIDO	2,96	1,41	5,15	2,73
COVARDE	2,51	1,77	5,45	2,66
CULPADO	2,27	1,57	5,19	2,84
DÉBIL	3,13	1,83	3,86	2,55
DECEPCIONAR	1,76	1,28	6,09	2,70
DEFEITO	3,15	1,99	5,17	2,54
DEFICIENTE	3,13	1,91	4,13	2,92
DEPRIMENTE	1,82	1,29	4,88	3,11
DERROTADO	1,69	1,33	5,00	3,13
DESAJEITADO	3,67	1,95	3,65	2,40
DESAMPARADO	2,48	1,65	5,00	2,62
DESANIMADO	1,84	1,30	4,47	3,04
ESTÚPIDO	2,21	1,98	6,18	2,71
FALHA	2,03	1,46	6,93	2,18
FRUSTRADO	1,84	1,57	5,84	2,84
HORRÍVEL	1,98	1,78	5,55	2,84
HUMILHAR	4,36	3,34	5,80	3,11
IDIOTA	2,28	2,00	5,28	2,90
INCOMODADO	2,45	1,90	5,66	2,64
INFERIOR	2,49	1,86	4,50	2,73
INSANO	3,11	1,96	4,61	2,52
INSEGURO	2,26	1,48	6,02	2,55
INÚTIL	4,81	2,97	5,63	2,82
LOUCO	3,87	2,33	4,90	2,79
MALUCO	4,31	2,66	5,46	2,57
MENOSPREZADO	2,03	1,89	6,05	3,15
NERVOSO	4,21 3	3,04	5,33	3,05

Cont. Anexo E

Valência (Agradável = 9 Desagradável =1)			Alerta (Estimulado = 9 Calma= 1)	
Palavra	Média	DP	Palavra	Média
PERDEDOR	4,22	3,02	5,54	2,97
PERDIDO	2,93	1,67	5,17	2,55
PERTURBADO	2,49	1,57	6,01	2,71
PREJUDICADO	2,13	1,52	5,59	2,73
QUIETO	5,23	2,02	3,21	2,15
RECEOSO	3,89	1,86	4,51	2,37
REJEITADO	1,61	1,24	5,85	2,73
RESERVADO	5,75	1,78	3,76	2,26
RIDÍCULO	2,61	1,90	4,87	2,70
SOLITÁRIO	2,47	2,09	5,28	2,95
SOZINHO	2,47	2,04	4,96	3,03
SUBJUGADO	2,95	1,99	5,36	2,69
TENSO	2,52	1,61	6,63	2,30
TÍMIDO	4,12	2,30	4,78	2,66
TOLO	2,71	1,62	4,38	2,61

Anexo F

Palavras com valência X neutras

EMOCIONAIS	NEUTRAS
SOLITÁRIO	UTENSÍLIO
INCOMODADO	BANQUETA
DECEPCIONAR	ALVORECER
AGONIA	TORNOZELO
CULPADO	ASSENTO
DESANIMADO	ERUDITO
PREJUDICADO	GELADEIRA
ANGUSTIADO	APARELHO
DERROTADO	UNIDADE
FRUSTRADO	LANTERNA
SOZINHO	TECIDO
FALHA	VACA
INSEGURO	INTERCURSO
RIDÍCULO	PLANÍCIE
ATERRORIZADO	CORTINA
INFERIOR	ELEVADOR
REJEITADO	ESTÁTUA
MENOSPREZADO	HABITANTE
DESESPERADOR	VENTILADOR
TENSO	TÊNIS

Anexo G

Instruções da tarefa de Stroop emocional

Obrigada por sua participação!

Nesta tarefa serão apresentadas palavras no centro da tela, sendo que cada palavra será apresentada com uma cor diferente. Você deve identificar o mais rápido possível a cor de cada palavra que será apresentada, pressionando a tecla do teclado que corresponde à cor de sua resposta (amarelo ou azul ou vermelho ou verde).

Após pressionar uma das teclas de resposta, aparecerão novas palavras e você deve continuar a identificar a cor da palavra apresentada e pressionar a tecla de resposta correspondente.

Após uma série de 10 palavras, haverá uma pausa e você deverá pressionar a tecla "espaço" do teclado para continuar a tarefa.

As próximas 5 palavras serão exemplos para você treinar a realização desta tarefa.

Pressione a tecla "espaço" para começar.

CADEIRA

+ ou -

LUSTRE

+ ou -

TRONCO

+ ou -

MESA

+ ou -

CHAPÉU

+ ou -

Fim do treino

Pressione "espaço" para iniciar o experimento.

Anexo H

Características clínicas dos participantes com TAS

Indivíduo	Grupo	Pré diagnóstico de TAS	Comorbidade	Ingestão de medicamento psiquiátrico	SPIN pré-teste	SPIN Pós-teste
1	TCP	Sim	Depressão	Paroxetina e Rivotril	59	0
2	TCP	-	Depressão	-	27	5
3	TCP	Sim	Depressão	Fluoxetina	52	5
4	TCP	-	-	-	27	1
5	TCP	-	Depressão	Calman	59	27
6	TCP	-	TA	Pasalix	41	12
7	TCP	-	-	-	55	32
8	TCP	Sim	-	Rivotril	48	*
9	TCP	-	Depressão e TOC	-	51	15
10	TCP	-	-	-	40	12
11	TCP	-	Depressão	Amitriptilina	31	8
12	TCP	Sim	Depressão e TP	Sertralina e Clorpromazina	57	41
13	TCP	-	-	-	44	32
14	TCP	Sim	-	-	54	42
15	TCP	Sim	Depressão e TA	Fluoxetina	54	36
16	TCP	-	Depressão	-	58	30
17	TCP	Sim	-	-	45	25
18	TCP	-	-	Sertralina	38	26
19	Lista	-	Depressão	-	48	36
20	Lista	-	Depressão e TA	-	29	22
21	Lista	-	Depressão	-	45	35
22	Lista	-	TOC	-	42	53
23	Lista	-	TA	-	39	35
24	Lista	-	-	Pondera	44	42
25	Lista	-	TP	-	34	28
26	Lista	-	-	-	38	37
27	Lista	Sim	-	-	45	36
28	Lista	-	-	-	49	58
29	Lista	-	Depressão e TA	-	59	66
30	Lista	-	TA	-	54	42
31	Lista	-	TA	-	39	31
32	Lista	-	TA	-	38	32
33	Lista	-	Depressão e TA	-	51	53
34	Lista	Sim	-	Clonazepam	30	26
35	Lista	-	Depressão e TA	-	51	52
36	Lista	-	-	-	27	17

Cont. Anexo H

Indivíduo	Grupo	Pré diagnóstico de TAS	Comorbidade	Ingestão de medicamento psiquiátrico	SPIN pré-teste	SPIN Pós-teste
37	Lista	-	TA	-	44	35
38	Lista	-	-	-	35	43
39	Lista	-	Abuso de substância	-	47	39

TA = Transtorno de Ansiedade. TOC = Transtorno Obsessivo-Compulsivo. TP = Transtorno de Personalidade. * Participante realizou 14 sessões, portanto, não foi possível obter o pós-teste.