

# Transtorno de Ansiedade Social: um estudo de caso

## *Social Anxiety Disorder: A case study*

**Juliana de Lima Muller, Clarissa Marcelli Trentini, Adriana Mokwa Zanini**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos, 2600, sala 119, 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. julianalm@hotmail.com, clarissatrentini@terra.com.br, adrizanini@gmail.com

**Fernanda Machado Lopes**

Centro Universitário Metodista. Unidade Dona Leonor. Rua Dona Leonor, 340, 90420-180, Porto Alegre, RS, Brasil. femlopes23@gmail.com

---

**Resumo.** O Transtorno de Ansiedade Social é o transtorno de ansiedade mais comum e apresenta elevadas taxas de prevalência, com prejuízos funcionais importantes, demandando abordagens terapêuticas de longa duração em casos de maior gravidade. O objetivo do presente estudo é relatar um estudo de caso com intervenção cognitivo-comportamental, sem o uso associado de psicofármacos, em um adulto jovem do sexo masculino com esse diagnóstico. No tratamento, distribuído em avaliação inicial, intervenção, avaliação final e seguimento, foram utilizados critérios diagnósticos do DSM-5 e técnicas cognitivo-comportamentais. Na avaliação inicial, identificaram-se dificuldades em diversas situações sociais, em realizar o trabalho de conclusão de curso de sua faculdade e em buscar oportunidades de trabalho desejadas. Os resultados obtidos na avaliação final e no seguimento de seis meses indicaram melhora considerável das queixas iniciais, redução da ansiedade social, correção de crenças errôneas, desenvolvimento de habilidades sociais, redução de estratégias de segurança e de comportamentos inibitórios. É importante que mais estudos de caso com indivíduos do sexo masculino sejam realizados, possibilitando o melhor entendimento do tratamento de pacientes com Transtorno de Ansiedade Social através de técnicas cognitivas e comportamentais. Uma vez que diversas técnicas vêm sendo indicadas como importantes no tratamento desses pacientes, é essencial considerá-las na prática clínica.

**Palavras-chave:** Transtorno de Ansiedade Social, tratamento, terapia cognitivo-comportamental.

**Abstract.** Social Anxiety Disorder is the most common anxiety disorder and it shows high prevalence rates, with significant functional impairment, requiring long-term therapeutic approaches in more severe cases. The aim of the present study is to describe a case study with cognitive-behavioral intervention without associated psychotropic treatment on a young adult male with this diagnosis. In the intervention, distributed in initial evaluation, intervention, final evaluation and follow up, DSM-5 diagnostic criteria and cognitive-behavioral techniques were used. In the initial evaluation the psychotherapist identified difficulties in several social situations, difficulties in writing the final paper of his college studies and in seeking desired job opportunities. Results obtained at the final evaluation and at the six months follow up indicated considerable improvement of the initial complaints,

reduction of social anxiety, correction of incorrect beliefs, development of social skills and reduction of safety strategies and of inhibitory behaviors. It is important that more case studies with male individuals are carried out, enabling a better understanding of the treatment of patients with Social Anxiety Disorder through cognitive and behavioral techniques. Considering that several techniques have been indicated as important in the treatment of these patients, it is essential to consider them in clinical practice.

**Keywords:** Social Anxiety Disorder, treatment, cognitive-behavior therapy.

## Introdução

A ansiedade pode ser definida como um sistema complexo de respostas cognitivas, afetivas, fisiológicas e comportamentais. Esse sistema é ativado no momento em que eventos ou circunstâncias antecipados são considerados altamente aversivos, pois são percebidos como eventos imprevisíveis, incontroláveis, com a possibilidade de serem uma ameaça aos interesses vitais de uma pessoa (Clark e Beck, 2012). A ansiedade torna-se patológica quando há avaliação incorreta de perigo de determinada situação, causando prejuízo no funcionamento social e ocupacional diário do indivíduo e com permanência por muito mais tempo do que o esperado. Além disso, há medo intenso na ausência de sinais de ameaça ou associado ao menor estímulo de ameaça e medo em variedade maior de estímulos ou em situações de intensidade relativamente leve de ameaça (Clark e Beck, 2012).

Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais prevalentes e muitas vezes são subdiagnosticados, deixando de serem tratados. O Transtorno de Ansiedade Social (TAS), também denominado Fobia Social, é o transtorno de ansiedade mais comum e o terceiro mais prevalente entre todos os transtornos mentais (Clark e Beck, 2012). Pesquisas realizadas nos Estados Unidos estimaram prevalência entre 2,5 e 13,3% para toda a vida (APA, 2002, 2014; Kessler *et al.*, 1994; Lecrubier e Weiller, 1997) e de 7% para 12 meses (APA, 2014). Na população geral, as taxas desse transtorno são mais altas no sexo feminino, e essa diferença é mais acentuada entre adolescentes e adultos jovens. Porém, em amostras clínicas, o transtorno pode apresentar uma prevalência um pouco maior no sexo masculino, em comparação a amostras da população geral (APA, 2014).

Em uma amostra de adolescentes brasileiros da cidade de São Paulo foi encontrado que 7,8% dos participantes evidenciaram sintomas compatíveis com o diagnóstico (D'El Rey *et al.*, 2006a). No entanto, em um estudo realizado com adolescentes de escolas de Porto Alegre, 23,12% da amostra apresentou sintomas compatíveis com o transtorno (Fernandes e Terra, 2008), porcentagem bastante superior à do estudo anterior. Além de ser uma psicopatologia que acomete um considerável número de indivíduos, vem sendo constatado que a incidência de TAS pode estar aumentando (Rapee e Spence, 2004). A falta de tratamento a esses indivíduos resulta em prejuízos funcionais graves e superlotação de serviços de saúde, já que não há uma remissão espontânea na grande maioria dos casos (Sorsdahl *et al.*, 2013; Gonçalves *et al.*, 2014).

De acordo com a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5; APA, 2014), indivíduos com TAS manifestam um medo excessivo e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho. Eles temem serem vistos comportando-se de maneira humilhante ou embaraçosa, e uma conseqüente desaprovação ou rejeição pelos outros (APA, 2014). Observa-se nesses pacientes um medo da avaliação negativa pelas pessoas, gerando sentimentos de constrangimento, humilhação e vergonha (Beck *et al.*, 2005a). Caracterizam-se também por serem extremamente inibidos e autocríticos nas situações sociais que lhes geram ansiedade, comportando-se de maneira tensa e rígida, com dificuldades em articularem-se verbalmente, ocasionando prejuízos no desempenho social (Clark e Beck, 2012).

Esses indivíduos podem apresentar dificuldades apenas em situações de desempenho, como medo restrito a falar ou se apresentar em público, ou indicar medo associado a

diferentes situações sociais (APA, 2014). Um número elevado de pacientes com TAS também apresenta o Transtorno da Personalidade Esquiva (Heimberg, 2002), que passou a ser denominado de Transtorno da Personalidade Evitativa no DSM-5 (APA, 2014). Há autores que inclusive consideram esse transtorno da personalidade como uma forma mais grave do TAS (Chambless *et al.*, 2008).

Alguns dos fatores predisponentes ou etiológicos possíveis para o desenvolvimento do TAS podem ser fatores genéticos, neurológicos, timidez na infância, maus-tratos e experiências traumáticas (APA, 2014; Machado-de-Souza *et al.*, 2014; Picon e Knijnik, 2004). O TAS tende a iniciar na infância, de forma gradual, com prejuízos significativos na vida profissional, social e afetiva (Rangé, 1995). Constata-se que na prática clínica o TAS é raramente a principal razão para busca de tratamento e hospitalizações. Contudo, comorbidades psiquiátricas, como Transtorno do Pânico, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Fobia Específica, Transtorno Depressivo Maior ou Transtornos Relacionados a Substâncias Psicoativas, levam esses pacientes a procurar auxílio (APA, 2002, 2014; Beidel *et al.*, 2004; Kessler *et al.*, 1999; Manfro *et al.*, 2003).

Quanto ao tratamento, há evidências de eficácia de psicoterapia, farmacoterapia e tratamento combinado, sem predomínio de um desses modelos na literatura. Porém, o uso rotineiro de medicações deve ser avaliado com cautela, já que pode gerar danos como tolerância e dependência, com potencial de abuso de substâncias, entre outros (Sordi *et al.*, 2011; Picon e Penido, 2011; Katzman *et al.*, 2014; Creswell *et al.*, 2014). Esses fatores enfatizam a importância de pesquisas que abordem indivíduos com esse transtorno, possibilitando maior entendimento sobre a psicopatologia e o aprimoramento de técnicas psicoterapêuticas, o que contribuirá ao tratamento desses pacientes.

Pesquisadores ressaltam a efetividade das abordagens cognitivo-comportamentais no tratamento de indivíduos com diagnóstico de TAS, o que se associa ao desenvolvimento de estratégias terapêuticas específicas e efetivas (Juster e Heimberg, 1995; Ballenger *et al.*, 1998). Além disso, estudos sobre efeitos de tratamento para o TAS mostram que a terapia cognitivo-comportamental proporciona resultados imediatos e duradouros (Hoffmann e Barlow, 2002; Hollon *et al.*, 2006).

Ainda, enfatiza-se a relevância de tratamentos baseados em evidências, proporcionando o uso criterioso das melhores técnicas em decisões sobre o tratamento para cada paciente (Pheula e Isolan, 2007). Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo apresentar o relato de caso de um paciente com diagnóstico de TAS que realizou um ano de psicoterapia individual de abordagem cognitivo-comportamental, sem uso associado de psicofármacos.

## Relato do caso

### *Participante*

Daniel (pseudônimo utilizado para manter a confidencialidade), sexo masculino, adulto jovem, filho único, estudante de nível superior e heterossexual. Apresentava como queixas principais ansiedade em diversas situações sociais, dificuldades em realizar seu trabalho de conclusão de curso e na escolha profissional.

### *História de vida do paciente*

Daniel considerava-se uma criança tímida. Tinha alguns amigos, mas deixava que eles o procurassem para falar e interagir, sendo mais quieto. Na sala de aula do colégio em que estudava, procurava sentar nas classes que ficavam próximas à parede, para que não chamasse muito a atenção. Apresentava bom rendimento escolar.

No início da adolescência, o paciente teve uma drástica mudança no estilo de vida, devido a sérias dificuldades financeiras da família e à separação de seus pais, que ocorreram em tempo próximo. Ele e a mãe foram morar com um familiar, e ele não foi informado pelos pais sobre o que estava ocorrendo. O paciente foi se isolando socialmente, refugiando-se em seu quarto e evitando ao máximo sair de casa. Por aproximadamente seis anos, saiu de seu quarto apenas para interagir com algumas pessoas da família na própria casa ou para realizar obrigações (estudos e estágios). Apresentava medo excessivo ao lidar com as pessoas.

Seu rendimento na faculdade era bom. Como não se envolvia em atividades sociais e de lazer, investia boa parte de seu tempo nos estudos, o que também evitava julgamentos negativos dos professores em relação ao seu desempenho. Tinha dificuldades para buscar estágios, sentindo-se muito ansioso em seleções profissionais. De preferência, procurava

estágios e empregos em locais onde já era indicado, pois pensava que a seleção ocorreria de maneira mais fácil.

Daniel já havia realizado psicoterapia com outros profissionais por um período de três anos no início da adolescência. Quando adulto jovem, retomou a psicoterapia, em função da ansiedade desencadeada em determinadas situações sociais e da ansiedade antecipatória (momento que será considerado para o relato e análise do presente trabalho). Importantes pontos já haviam sido abordados e superados através de processo psicoterapêutico do paciente, tais como: dificuldade de relacionamento com seu pai, sintomas depressivos, desenvolvimento de determinadas habilidades sociais (p. ex.: conseguir olhar pessoas nos olhos, atender telefonemas e conversar com colegas de trabalho), sofrimento associado à separação dos pais, relação exageradamente próxima com a mãe.

### ***História familiar***

Daniel é proveniente de camada socioeconômica favorecida. Ambos os pais eram envolvidos com ele em seus primeiros anos de vida, preocupando-se com sua educação, estudos e lazer. A mãe sempre foi muito próxima e excessivamente protetora, tendo deixado de trabalhar para cuidar do filho. No início da adolescência, a família teve grandes dificuldades financeiras, com consequente perda de imóveis, heranças e reservas. O paciente e sua família nuclear tiveram seu padrão de vida drasticamente rebaixado.

Os pais se divorciaram, e o pai mudou-se para outra cidade, por não saber como solucionar os problemas. Ele praticamente não auxiliava financeiramente, nem procurava pelo filho, que sofreu muito com esse afastamento. Nessa fase, os sintomas de ansiedade do paciente apareceram mais fortemente, e sua mãe não estimulou sua autonomia e o convívio social. Ambos os pais estão recasados atualmente, e Daniel mora com sua mãe, o padrasto e o filho desse.

### ***História médica***

Paciente não relatou doença clínica importante. Fez uso de escitalopram e rivotril no início da adolescência, quando estava em acompanhamento psicológico e psiquiátrico pela primeira vez.

### ***História de vida afetiva e sexualidade adulta***

Daniel relatou dificuldades de se aproximar de meninas nas festas que frequentava durante a graduação. Sentia-se muito atraído por algumas delas, mas quando se aproximava não conseguia falar, pois acreditava que não as agradaria. No final da adolescência/início da idade adulta, tentou ter relações sexuais, mas sentiu-se ansioso e não teve ereção.

Alguns anos após, iniciou namoro com uma pessoa já conhecida, com quem está junto há mais de dois anos. Sentiu-se ansioso antes de ter a primeira relação sexual com ela, mas com o passar do tempo conseguiu ter relações sexuais continuadas.

### ***Procedimentos realizados***

O tratamento psicoterapêutico do paciente foi conduzido por uma psicóloga especialista em Psicologia Clínica com três anos de experiência na área. A psicoterapeuta realizou supervisões semanais em que foram abordadas questões técnicas, teóricas e práticas para a melhor condução do caso. Realizaram-se no total 48 sessões individuais de aproximadamente 50 minutos cada (sessões semanais), ao longo de 12 meses. Realizou-se uma avaliação inicial no decorrer de 10 sessões, verificando-se queixa principal; história atual, passada e familiar; história médica; história de vida afetiva e sexualidade adulta. Não foram utilizados protocolos padronizados para a avaliação. Para a investigação de quadros psiquiátricos utilizaram-se os Critérios Diagnósticos do DSM-5 (APA, 2014) e foi realizado o exame do estado mental (Dalgalarrodo, 2008; Erné, 2003; Picon e Penido, 2011).

Em seguida, intervenções psicoterapêuticas foram realizadas no decorrer de 35 sessões, considerando-se técnicas cognitivo-comportamentais utilizadas no tratamento de pacientes com diagnóstico de TAS: psicoeducação; treino em habilidades sociais; reestruturação cognitiva da ansiedade antecipatória; dramatização ou ensaio comportamental e uso de *feedback*; reestruturação cognitiva de avaliações de ameaça errôneas; exposição a situações sociais (Clark e Beck, 2012; Ito *et al.*, 2008; Mululo *et al.*, 2009). Em três sessões, executou-se uma avaliação final do processo. Além disso, após seis meses de alta do paciente, foi realizada uma sessão de seguimento. Ao longo desse

período, não foi constatada necessidade de avaliação psiquiátrica, e, portanto, o paciente não fez uso de medicações.

## Resultados e discussão

### *Avaliação inicial*

Constatou-se que Daniel foi tímido desde a infância, e a mãe o protegeu excessivamente. No início da adolescência, vivenciou problemas financeiros da família, os pais se separaram e ele sentiu-se rejeitado pelo afastamento do pai, que praticamente não o visitava, nem contribuía financeiramente para o sustento do filho. Acabou perdendo a confiança no pai, que não explicitou para o filho e a ex-mulher a real situação financeira da família e mudou-se de cidade, por não conseguir solucionar seus problemas. Passou a sentir medo das pessoas, pois nem mesmo em seu pai podia confiar. Na mesma etapa de sua vida, ocorreu a mistura de turmas de sua série no colégio, o que fez com que se afastasse de amigos, dificultando ainda mais sua interação social.

A timidez na infância e as experiências traumáticas condicionadoras podem ter sido fatores predisponentes ou etiológicos associados ao TAS do paciente (Picon e Knijnik, 2004). Além disso, estudos indicam que a superproteção e o controle exagerado dos pais estão associados à inibição social infantil e, conseqüentemente, a uma menor exposição a situações sociais (Rubin *et al.*, 1999). Indica-se que a inibição comportamental na infância é um dos maiores fatores de risco ao desenvolvimento do TAS (Clauss e Blackford, 2012). Essas características também se relacionam ao desenvolvimento do paciente.

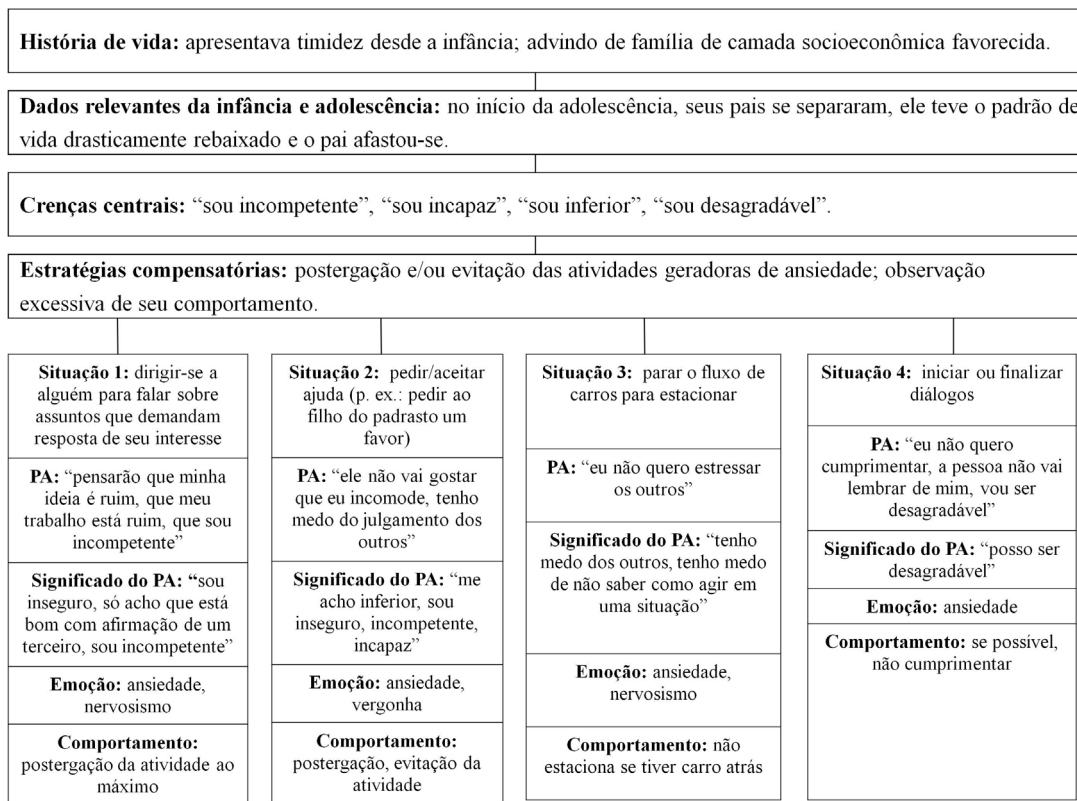
Na avaliação inicial, constatou-se que Daniel apresentava dificuldades em diversas situações sociais: cumprimentar as pessoas, iniciar e manter conversações, fazer ou receber críticas, expressar opiniões pessoais, defender seus direitos, pedir/aceitar ajuda e parar fluxo de carros para estacionar. Além disso, não estava conseguindo desenvolver seu trabalho de conclusão de curso e sentia-se ansioso ao pensar em ir em busca de outro emprego. Com relação aos sintomas físicos decorrentes de situações ansiogênicas, observaram-se taquicardia, náuseas e sudorese. O paciente não apresentava ataques de pânico. Situações consideradas ansiogênicas pelo paciente, bem como os pensamentos automáticos (PAs), o significado dos PAs, a emoção e o comportamento associados a cada um deles podem ser visualizados na Fi-

gura 1. Essa Figura apresenta a conceitualização cognitiva de Daniel (Beck, 1997).

Verificou-se que seria essencial ao paciente desenvolver habilidades sociais e superar crenças centrais disfuncionais. O indivíduo com TAS ativa crenças centrais de autoimagem de inadequação como objeto social ao defrontar-se com situações sociais temidas. Conseqüentemente, pacientes com este diagnóstico mostram alterações cognitivas como: autoafirmações depreciativas, avaliação negativa de seu desempenho social, exigência pessoal de padrões elevados de desempenho social, atenção e memórias seletivas para situações de desempenho negativas no passado e no presente (Picon e Knijnik, 2004).

Observou-se que Daniel era pouco eficaz ao avaliar suas próprias capacidades sociais e superestimava a chance de eventos negativos acontecerem. Quando ele se encontrava em uma das situações sociais temidas, acionava um “programa de ansiedade” que se iniciava com a ativação de crenças de incapacidade e inadequação, percebendo a situação social como perigosa. Sintomas cognitivos, somáticos e comportamentais associados à ansiedade social eram desencadeados, o que ocorre no TAS (Picon e Knijnik, 2004). A atenção que deveria ser voltada para o ambiente era desviada para ele, em uma monitoração detalhada de seus comportamentos, sentimentos e sensações corporais (atenção autofocada; Picon e Penido, 2011; Woody *et al.*, 1997). Desta forma, ele reforçava sua autoimagem distorcida de objeto social (de ser incapaz, inadequado, inferior, desagradável), entendendo que essa era a percepção que os outros indivíduos tinham sobre ele. Um círculo vicioso era gerado, em que pensamentos disfuncionais geravam sintomas de ansiedade, que acabam reforçando pensamentos de inadequação social (Picon e Knijnik, 2004). Daniel acabou desenvolvendo padrões elevados em relação ao que seria um comportamento social adequado.

Constatou-se que ele apresentava traços do Transtorno da Personalidade Evitativa, observado pelas seguintes características: preocupação com críticas ou rejeição em situações sociais; percebia-se como socialmente incapaz, sem atrativos pessoais ou inferior; e era reticente em assumir riscos pessoais ou ao envolver-se em atividades novas, pois estas poderiam ser embaraçosas (APA, 2014). O paciente percebia as pessoas como potencialmente críticas e rejeitadoras, o que também se associa a este tipo de transtorno e não a ou-



**Figura 1.** Diagrama de Conceitualização Cognitiva e Afetiva.  
**Figure 1.** Diagram of Cognitive and Affective Conceptualization.

tros transtornos de personalidade do Grupo C (Transtornos de Personalidade Dependente e Obsessivo-compulsiva; Beck *et al.*, 2005b). Assim como ocorria com Daniel, indivíduos com Transtorno da Personalidade Evitativa têm medo de iniciar relacionamentos sociais, pois acreditam que serão rejeitados, e isto é considerado intolerável a eles (Beck *et al.*, 2005b).

Apesar de os indivíduos com TAS apresentarem maior risco de comorbidades psiquiátricas (Beidel *et al.*, 2004; Kessler *et al.*, 1999), não foram identificados outros transtornos no paciente. Através do exame do estado mental (Dalgalarondo, 2008; Erné, 2003; Picon e Penido, 2011), observaram-se alterações, tais como: atenção autofocada; atenção e memória seletivas, com viés atencional para situações e lembranças de desempenho negativas; humor lábil; afeto restrito ou limitado; timidez e vergonha excessivas; aceleração do pensamento; conduta evitativa, com isolamento social; ansiedade antecipatória; medo de exposição social. Logo, a partir da avaliação inicial, identificou-se prejuízo significativo no funcionamento do paciente, sendo importante seu tratamento psicoterapêutico.

### Intervenção

No início do tratamento, o paciente foi familiarizado com o modelo cognitivo (Ellis, 1994), passando a prestar maior atenção aos seus pensamentos, emoções e comportamentos diante de eventos. No decorrer do processo psicoterapêutico, seu trabalho de conclusão de curso e a escolha profissional, além de situações sociais específicas, foram importantes fontes geradoras de ansiedade. Suas crenças de incapacidade, inferioridade em relação a si e a crença de que os outros são críticos e rejeitadores estavam dificultando o desenvolvimento de seu trabalho de conclusão e sua escolha profissional.

Através da reestruturação cognitiva, técnica utilizada no tratamento de Daniel, indivíduos aprendem a identificar cognições disfuncionais e a realizar teste de realidade, corrigindo pensamentos disfuncionais (Beck, 1997; Taylor *et al.*, 1997). As principais estratégias adotadas para a reestruturação cognitiva de Daniel dentre as utilizadas nos transtornos de ansiedade (para maiores detalhes, ver Clark e Beck, 2012)

foram busca de evidências, descatastrofização e identificação de erros cognitivos.

Nas primeiras sessões, Daniel mostrou-se inseguro quanto ao seu ano de estudos e trabalho, acreditando que não conseguiria desempenhar bem o desejado (emprego, faculdade e trabalho de conclusão). Buscando-se evidências e auxiliando-o a refletir sobre seus erros cognitivos através de reestruturação cognitiva (Beck, 1997), ele conseguiu perceber suas habilidades de organização e planejamento, indicando que conseguiria obter o desejado.

Contudo, em função do cansaço associado com a demanda de trabalho e estudos e de seus pensamentos disfuncionais, em determinado momento pensou que não conseguiria concluir a faculdade e o trabalho de conclusão, devendo desistir dessas atividades. A técnica de descatastrofização foi utilizada (Clark e Beck, 2012) e ele conseguiu visualizar a real probabilidade e gravidade da ameaça, aumentando seu senso de autoeficácia para enfrentar a situação. A partir disso, tornou-se possível o início da execução do trabalho de conclusão de curso.

O paciente sentia elevada ansiedade antes de orientações do trabalho de conclusão de curso, devido ao julgamento de seu orientador. Mostrava-se desconfortável frente a pequenas correções, em que crenças de incompetência e incapacidade eram ativadas. Dessa forma, realizou-se reestruturação cognitiva de sua ansiedade antecipatória. Por meio do questionamento socrático (Miyazaki, 2004), informações essenciais relacionadas à situação ansiogênica foram obtidas, como a intolerância percebida à ansiedade na situação, maneira como se humilharia na frente do outro e forma como pensava que seria percebido pelo outro, conforme recomendado por Clark e Beck (2012). A partir disso, utilizou-se busca de evidências e descatastrofização, questionando-se seu pensamento errôneo.

O paciente também sentia medo excessivo de seleções profissionais. Em um atendimento, contou que viu anúncio de emprego almejado no jornal e isso o deixou ansioso no decorrer de uma semana, tendo pensamentos distorcidos: “acho que não darei conta disso”, “seria mais fácil seguir no mesmo emprego” [sic]. Pensava que precisava ter habilidades que só teria em anos de prática no cargo em questão. Identificando seus erros cognitivos, teve a possibilidade de perceber o quão exigente era consigo mesmo, o que gerava emoções negativas e dificultava que atingisse o desejado.

Através das intervenções relacionadas ao trabalho de conclusão e ao desempenho profissional, Daniel foi modificando suas crenças centrais de incapacidade e incompetência. Percebeu o quanto subestimava suas capacidades e era autoexigente, conseguindo realizar seu trabalho de conclusão com êxito e desempenhar-se bem, concomitantemente, no trabalho e na faculdade. Antes da apresentação final de seu trabalho de conclusão diante de uma banca avaliadora, sentiu-se ansioso. Contudo, conseguiu avaliar distorções cognitivas, reduzindo sua ansiedade social e executando uma boa apresentação.

O treino de habilidades sociais é outra técnica comumente utilizada no tratamento de indivíduos com TAS (Ito *et al.*, 2008; Mululo *et al.*, 2009) e foi utilizada na intervenção de Daniel. Essa técnica pretende auxiliar o paciente a desenvolver habilidades sociais para que tenha um bom relacionamento interpessoal, através de técnicas como modelação, ensaio comportamental, *feedback* de correção e tarefas de casa (Mululo *et al.*, 2009). Por meio da conceitualização cognitiva (Beck, 1997), observou-se que ele apresentava dificuldades em diferentes situações sociais. A reestruturação cognitiva de avaliação de ameaças errôneas foi utilizada em conjunto com o treino de habilidades sociais para que valores, crenças e atitudes fossem modificados, conforme recomendado por Caballo (2011).

Ele costumava sentir medo da rejeição em situações sociais, como em festas, apresentando ansiedade elevada uma semana antes. Contudo, não se sentiu assim em uma festa ocorrida aproximadamente na metade de seu tratamento: “Estava bem tranquilo, só separei minha roupa horas antes da festa” [sic]. Na festa quase não ficou ansioso ao se deparar apenas com pessoas que mal conhecia. No entanto, não conseguiu cumprimentá-las, pelo medo da rejeição. Na faculdade também deixava de cumprimentar colegas por achar-se inferior e desagradável. A reestruturação cognitiva, o ensaio comportamental e a modelação foram realizados em situações como essas.

Assim, o viés de interpretação da ameaça foi corrigido, sua atenção foi redirecionada a estímulos externos, e ele passou a perceber sinais positivos do ambiente, superando crenças centrais subjacentes associadas à ameaça social, à vulnerabilidade social e à inadequação. Esse resultado é esperado em intervenções cognitivo-comportamentais realizadas com indivíduos que apresentam TAS (Clark e Beck,

2012). O paciente foi redirecionando a atenção autofocada, atentando mais ao meio e avaliando as pessoas de forma mais coerente. Constatou que suas atitudes evitativas o faziam parecer antipático, que as pessoas não eram tão exigentes quanto pensava e que podiam gostar da presença dele.

Na sequência do processo psicoterapêutico houve outras festas e encontros. O ensaio comportamental e o *feedback* de correção (Caballo, 2011; Mululo *et al.*, 2009) foram executados, melhorando habilidades sociais do paciente. Ao chegar aos encontros, cumprimentou amigos e conhecidos, iniciou e manteve diálogos. Avaliou o quanto havia sido efetivo em seu comportamento, tendo retorno positivo das pessoas, o que serviu como um reforço de seu comportamento. A partir disso, utilizou-se com maior frequência a exposição a situações sociais (Clark e Beck, 2012). Ele passou a aproximar-se mais das pessoas e experimentar-se socialmente, aprimorando habilidades sociais e aumentando seu senso de autoeficácia. Começou a relacionar-se mais com um familiar de idade próxima e com um grupo de amigos de infância. Pela primeira vez, disse ter se sentido parte de um grupo de amigos. Engajou-se em atividades de lazer, como atividades esportivas em grupo, onde conheceu e teve contato com mais pessoas.

No decorrer das sessões, o senso de humor apresentado por ele foi estimulado, reforçando o quanto isso poderia ser uma qualidade. Ele passou a observar o quanto seu senso de humor agradava colegas de trabalho e amigos. No trabalho, recebeu retorno de colegas, dizendo que ele era comunicativo. Ainda no local de trabalho, pediu aumento de salário para sua chefia por ter sido solicitado a executar maior quantidade de tarefas, desenvolvendo habilidades como defender seus próprios direitos (Caballo, 2011). Percebeu que, ao avaliar pensamentos de maneira mais funcional e ao alocar atenção às situações sociais, passou a enfrentá-las melhor e a ter resultado satisfatório nas interações.

No início do tratamento, sentia-se um pouco incomodado com o relacionamento amoroso. Não conseguia fazer críticas e expor sua opinião, fazendo sempre o desejado pela parceira. Em função da reestruturação cognitiva e do treino em habilidades sociais, começou a expor suas ideias e a desenvolver demais habilidades, como fazer críticas (Caballo, 2011). Passou a questionar comportamentos dela que o incomodavam, sentindo-se melhor com o relacionamento.

Outro ponto abordado na psicoterapia do paciente foi a escolha profissional. Apresentava medo de mudar de emprego que exigisse mais dele por achar que não teria capacidade de desenvolver atividades mais difíceis e de fazer comentários/críticas (medo da rejeição). Suas distorções cognitivas foram abordadas, para a desconfirmação de suas crenças centrais disfuncionais em relação a si e aos outros, o que contribuiu para que se sentisse capaz e reduzisse sua ansiedade social, possibilitando uma melhor avaliação de seus interesses profissionais. No final do tratamento, estava sentindo-se feliz ao participar de seleções profissionais e ao planejar o futuro de sua carreira de trabalho.

### *Avaliação final*

Observou-se na avaliação final do paciente que as queixas iniciais melhoraram de maneira considerável. Como já ressaltado, o tratamento de pacientes com TAS deve considerar alguns pontos importantes, tais como: corrigir avaliações e crenças disfuncionais de ameaça social e de vulnerabilidade, reduzir ansiedade antecipatória, eliminar constrangimento excessivo, eliminar estratégias de segurança, melhorar habilidades sociais e reduzir comportamentos inibitórios diante de situações sociais (Clark e Beck, 2012).

Esses pontos foram abordados no tratamento de Daniel, obtendo-se importante melhora, o que pôde ser verificado a partir de verbalizações do paciente: (a) “As pessoas não são ruins como eu pensava, parecem gostar de minha presença e não é difícil aproximar-se delas” [sic] – modificação de crenças disfuncionais de ser desagradável, inferior; (b) “Percebi como sou capaz de desempenhar com qualidade diversas atividades ao mesmo tempo, meu trabalho, a faculdade e ainda o trabalho de conclusão de curso” [sic] – modificação de crenças disfuncionais de incapacidade e incompetência; (c) “Não me sinto mais ansioso antes de festas e seleções profissionais” [sic] – redução da ansiedade antecipatória frente a situações sociais; (d) “Não preciso mais chegar com minha namorada em eventos para conseguir cumprimentar as pessoas” [sic] – eliminação de estratégias de segurança para reduzir a ansiedade; (e) “Agora procuro conversar com meus colegas e sou visto em meu trabalho como uma pessoa comunicativa” [sic] – redução de comportamentos inibitórios e melhora nas habilidades sociais.



Outras verbalizações de Daniel sobre melhoras obtidas com o tratamento que indicam a mudança do quadro inicial foram: “Pela primeira vez me senti feliz ao buscar uma oportunidade de trabalho” [sic] – dito após seleção para cargo almejado; “Não me recordo de outro momento de minha vida em que tenha me sentido tão bem” [sic]; “Pela primeira vez em minha vida me considero fazendo parte de um grupo de amigos” [sic]. Ainda, não foram identificadas alterações no exame do estado mental, realizado na avaliação final do processo. Paciente recebeu alta com remissão total do quadro clínico inicial.

### Seguimento

Uma avaliação após seis meses da alta do tratamento foi marcada para a verificação da manutenção da melhora do quadro ansioso. Um encontro foi realizado, observando-se melhora significativa das queixas iniciais. Ele não apresentava mais ansiedade antecipatória e pensamentos negativos associados às situações sociais que geravam ansiedade, enfrentando-as sem dificuldades. Também seguiu realizando exposição a situações sociais, ampliando sua rede de amizades e desenvolvendo habilidades sociais. Constatou-se que Daniel seguia realizando avaliação positiva e funcional da realidade e dos outros, não os percebendo mais como críticos e rejeitadores. Além disso, não apresentava mais as crenças de ser incapaz, inadequado, inferior e desagradável.

No trabalho, recebeu proposta de novo cargo, passando a exercer funções mais complexas. Conseguiu desenvolver habilidades necessárias requeridas pelo cargo, não se sentindo ansioso ao se deparar com situações sociais ainda não vivenciadas. Segue participando de seleções profissionais de empresas em que tenha interesse e que possam lhe proporcionar maior retorno financeiro, como gostaria. Foi dado um *feedback* positivo ao paciente, enfatizando-se sua melhora e a manutenção da mesma.

### Considerações finais

O presente estudo teve como objetivo abordar um estudo de caso de um adulto jovem com diagnóstico de TAS que recebeu tratamento psicoterapêutico de abordagem cognitivo-comportamental. Verificou-se que o tratamento realizado possibilitou a redução da

ansiedade social, o desenvolvimento de habilidades sociais e a correção de crenças centrais errôneas.

Na avaliação final e no seguimento, ressaltou-se ao paciente a importância de que continuasse realizando exposições a situações sociais e cultivando amizades. Foi dito a ele que a aproximação ainda maior e a relação dele com o pai poderiam ser abordadas em terapia. Entretanto, esse não foi entendido por Daniel como um foco a ser considerado no processo terapêutico.

O estudo realizado possibilitou um entendimento mais aprofundado do caso abordado. De acordo com Stake (1994), um estudo de caso permite a compreensão do caso mais do que a generalização para além dele, o que foi foco do estudo em questão. Apesar disso, pode-se afirmar que este estudo corroborou resultados já encontrados, evidenciando que a terapia cognitivo-comportamental produz resultados eficazes no tratamento do TAS (Herbert *et al.*, 2004; Hoffmann e Barlow, 2002). Indica-se que a associação entre a reestruturação cognitiva e a exposição proporciona resultados mais eficazes no tratamento do transtorno, em comparação à exposição como única técnica utilizada (Rodebaugh *et al.*, 2004). No presente estudo, ambas as técnicas foram utilizadas, e verificou-se a importância da reestruturação cognitiva associada à exposição para a melhora do paciente. Ainda, observou-se a importância do treino em habilidades sociais para a melhora dele, o que já havia sido observado em pacientes com a mesma psicopatologia (D’El Rey *et al.*, 2006b).

Além das técnicas utilizadas, a relação terapêutica desenvolvida foi favorável, o que pode se constatar pela abordagem de conteúdos íntimos (como relações pessoais e sexualidade), pela duração do tratamento, além da sessão de seguimento, ocorrida seis meses após a alta. Somada às barreiras intrínsecas da relação terapêutica, os pacientes com TAS apresentam dificuldade justamente quanto à interação social (Picon e Penido, 2011), mas isso foi conduzido adequadamente pela dupla. Outro aspecto importante é o fato de a terapeuta ter servido como modelo, principalmente quanto a questões profissionais e de interação, contribuindo também para romper padrões estabelecidos com a mãe, que reforçavam os comportamentos disfuncionais do paciente.

Uma dificuldade encontrada pela terapeuta no início do tratamento do paciente foi a duração das sessões além do tempo progra-

mado. Em função da aceleração do pensamento apresentada por Daniel no início do tratamento, ele trazia uma expressiva quantidade de conteúdo em sua fala nas sessões. Desse modo, a terapeuta apresentou dificuldades em finalizar as sessões no horário previsto, assim como em algumas delas não conseguiu aplicar determinada técnica pretendida. Entretanto, com a formação do vínculo e a redução da ansiedade de Daniel, esse problema pôde ser trabalhado.

Ressalta-se que não houve abordagem farmacológica nessa fase do tratamento, sendo utilizado somente tratamento psicoterápico. Não há consenso na literatura sobre o modelo de tratamento mais eficaz (psicoterápico, farmacológico ou combinado), mas há consenso sobre o risco de prejuízos potenciais importantes, decorrentes do uso continuado de medicações específicas para os transtornos de ansiedade (Picon e Penido, 2011; Katzman *et al.*, 2014; Sordi *et al.*, 2011). Dessa forma, o tratamento deve ser personalizado, evitando o uso de medicações, sempre que possível, assim como o caso apresentado.

Um dos pontos positivos do estudo de caso foi que a terapeuta realizou supervisões semanais, o que possibilitou mais de um olhar sobre o caso e uma avaliação mais aprofundada do paciente, contribuindo a um melhor tratamento dele. Contudo, o estudo de caso apresentou algumas limitações, como o fato de não terem sido utilizados protocolos ou escalas padronizados, e o fato de a avaliação da intervenção ter sido realizada pela mesma terapeuta que realizou o tratamento do paciente. O uso de instrumentos padronizados e a presença de mais um avaliador da intervenção poderiam auxiliar na validade dos dados obtidos a partir da intervenção, evitando vieses da avaliação da terapeuta. Além disso, sabe-se que pacientes com TAS apresentam medo da avaliação negativa do outro, o que gera sentimentos de constrangimento, humilhação e vergonha neles (Beck *et al.*, 2005a). O paciente pode ter relatado somente aspectos positivos do tratamento devido ao temor da avaliação negativa da terapeuta e por apresentar um viés de desejabilidade social. Dessa forma, o uso de instrumentos padronizados e a presença de mais um avaliador também seriam uma maneira de confirmar a melhora do estado emocional relatada pelo paciente na avaliação final e no seguimento, fornecendo um retorno mais consistente sobre o estado emocional dele.

A maior prevalência do TAS na população geral é em mulheres (APA, 2014); ainda assim, é importante o desenvolvimento de pesquisas com pacientes do sexo masculino, como o estudo em questão. Sabe-se que estes transtornos estão entre os mais prevalentes, mesmo sendo subdiagnosticados (Sorsdahl *et al.*, 2013; Gonçalves *et al.*, 2014; Clark e Beck, 2012), o que indica que a prevalência pode ser ainda maior em ambos os sexos. Além disso, observa-se a relevância do desenvolvimento de ensaios clínicos no formato individual, com protocolos de intervenção menos heterogêneos, possibilitando o melhor entendimento do tratamento de pacientes com TAS, através de técnicas cognitivas e comportamentais (Mululo *et al.*, 2009).

Por fim, conclui-se que as técnicas mais eficazes para o tratamento do paciente foram a reestruturação cognitiva, a exposição e o treino em habilidades sociais, pois foram as técnicas que mais auxiliaram na redução dos sintomas de ansiedade e no enfrentamento de situações sociais. Ainda, em função da aceleração do pensamento apresentada por Daniel no início do tratamento, ele trazia uma expressiva quantidade de conteúdo em sua fala nas sessões. Esse fato contribuiu para que um número maior de sessões fosse necessário para o tratamento dele, pois a aplicação de algumas técnicas precisou ser postergada, em função da quantidade de informações trazidas por ele. Portanto, dependendo das particularidades do paciente, o protocolo para tratamento do TAS poderá ser eficaz com um número menor de sessões.

## Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). 2002. *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4ª ed., Porto Alegre, Artmed, 880 p.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). 2014. *DSM-5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5ª ed., Porto Alegre, Artmed, 948 p.
- BALLENGER, J.C.; DAVIDSON, J.R.; LECRUBIER, Y.; NUTT, D.J.; BOBES, J.; BEIDEL, D.C.; DEBORAH, C.; ONO, Y.; WESTENBERG, H.G.M. 1998. Consensus statement on social anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl 17):54-60.
- BECK, J.S. 1997. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre, Artes Médicas, 341 p.
- BECK, A.T.; EMERY, G.; GREENBERG, R.L. 2005a. *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. 2ª ed., New York, Basic Books, 384 p.

- BECK, A.T.; FREEMAN, A.; DAVIS, D.D. 2005b. *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade*. 2ª ed., Porto Alegre, Artmed, 342 p.
- BEIDEL, D.C.; MORRIS, T.L.; TURNER, M.W. 2004. Social Phobia. In: T.L. MORRIS; J.S. MARCH (eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York, Guilford, p. 141-163.
- CABALLO, V.E. 2011. O treinamento em habilidades sociais. In: V.E. CABALLO (ed.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo, Santos, p. 361-398.
- CHAMBLESS, D.L.; FYDRICH, T.; RODEBAUGH, T.L. 2008. Generalized social phobia and avoidant personality disorder: meaningful distinction or useless duplications? *Depression and Anxiety*, **25**(1):8-19.  
<http://dx.doi.org/10.1002/da.20266>
- CLARK, D.A.; BECK, A.T. 2012. *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: ciência e prática*. Porto Alegre, Artmed, 640 p.
- CLAUSS, J.A.; BLACKFORD, J.U. 2012. Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: a meta-analytic study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **51**(10):1066-1075.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2012.08.002>
- CRESWELL, C.; WAITE, P.; COOPER, P. 2014. Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, **99**(7):674-678.  
<http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2013-303768>
- DALGALARRONDO, P. 2008. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2ª ed., Porto Alegre, Artmed, 438 p.
- D'EL REY, G.J.F.; PACINI, C.A.; CHAVIRA, D.J.F. 2006a. Fobia social em uma amostra de adolescentes. *Estudos de Psicologia*, **11**(1):111-114.  
<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-294x2006000100013>
- D'EL REY, G.J.F.; BEIDEL, D.C.; PACINI, C.A. 2006b. Tratamento da fobia social generalizada: comparação entre técnicas. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, **8**(1):1-12.
- ELLIS, A. 1994. *Reason and emotion in psychotherapy*. New York, Stuart, 479 p.
- ERNÉ, S.A. 2003. O exame do estado mental do paciente. In: J.A. CUNHA (ed.), *Psicodiagnóstico – V*. Porto Alegre, Artmed, p. 67-74.
- FERNANDES, C.V.; TERRA, M.B. 2008. Fobia social – estudo da prevalência em duas escolas em Porto Alegre. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, **57**(2):122-126.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852008000200007>
- GONÇALVES, D.A.; MARI, J. DE J.; BOWER, P.; GASK, L.; DOWRICK, C.; TÓFOLI, L.F.; CAMPOS, M.; PORTUGAL, F.B.; BALLESTER, D.; FORTES, S. 2014. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cadernos de Saúde Pública*, **30**(3):623-632.  
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158412>
- HEIMBERG, R.G. 2002. Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biological Psychiatry*, **51**(1):101-108.  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01183-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01183-0)
- HERBERT, J.; RHEINGOLD, A.; GAUDIANO, B.; MYERS, V. 2004. Standard versus extended cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, **32**(2):131-147.  
<http://dx.doi.org/10.1017/S1352465804001171>
- HOFFMANN, S.G.; BARLOW, D.H. 2002. Social phobia (social anxiety disorder). In: D.H. BARLOW (ed.), *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York, Guilford Press, p. 454-476.
- HOLLON, S.D.; STEWART, M.O.; STRUNK, D. 2006. Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, **57**:285-315.  
<http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190044>
- ITO, L.M.; ROSO, M.C.; TIWARI, S.; KENDALL, P.C.; ASBAHR, F.R. 2008. Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, **30**(Suppl. II):96-101.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000600007>
- JUSTER, H.R.; HEIMBERG, R.G. 1995. Social phobia-longitudinal course and long-term outcome of cognitive-behavioral treatment. *The Psychiatric Clinics of North America*, **18**(4):821-841.
- KATZMAN, M.; BLEAU, P.; BLIER, P.; CHOKKA, P.; KJERNISTED, K.; AMERINGEN, M. 2014. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BioMed Central Psychiatry*, **14**(Suppl. 1):1-83.  
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>
- 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 United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, **51**(1):8-19.  
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950010008002>
- KESSLER, R.C.; SANG, P.; WITTCHEN, H.U.; STEIN, M.; WALTERS, E.E. 1999. Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, **29**(3):555-567.  
<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291799008375>
- LECRUBIER, Y.; WEILLER, E. 1997. Comorbidities in social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, **12**(6):17-21.  
<http://dx.doi.org/10.1097/00004850-199710006-00004>
- MANFRO, G.G.; ISOLAN, L.; BLAYA, C.; MALTZ, S.; HELDT, E.; POLLAC, M.H. 2003. Relationship between adult social phobia and childhood anxiety. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, **25**(2):96-99.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462003000200009>
- MACHADO-DE-SOUSA, J.P.; OSÓRIO, F. DE L.; JACKOWSKI, A.P.; BRESSAN, R.A.

- CHAGAS, M.H.; TORRO-ALVES, N.; DE PAULA, A.L.; CRIPPA, J.A.; HALLAK, J.E. 2014. Increased amygdalar and hippocampal volumes in young adults with social anxiety. *PLoS One*, **9**(2):1-5.  
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0088523>
- MULULO, S.C.C.; MENEZES, G.B.; FONTENELLE, L.; VERSIANI, M. 2009. Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social. *Revista de Psiquiatria Clínica*, **36**(6):221-228.
- MIYAZAKI, M.C.O.S. 2004. Diálogo socrático. In: C.N. ABREU; H.J. GUILHARDI (eds.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas*. São Paulo, Roca, p. 311-319.
- PHEULA, G.F.; ISOLAN, L.R. 2007. Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, **34**(2):74-83.  
<http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832007000200003>
- PICON, P.; KNIJNIK, D.Z. 2004. Fobia social. In: P. KNAPP (ed.), *Terapia Cognitivo-Comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre, Artmed, p. 226-247.
- PICON, P.; PENIDO, M. 2011. Terapia cognitivo-comportamental do transtorno de ansiedade social. In: B. RANGÉ (ed.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. 2ª ed., Porto Alegre, Artmed, p. 269-298.
- RANGE, B. 1995. *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos*. Campinas, Psy, 300 p.
- RAPEE, R.M.; SPENCE, S.H. 2004. The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, **24**(7):737-767.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2004.06.004>
- RODEBAUGH, T.L.; HOLLAWAY, R.M.; HEIMBER, R.G. 2004. The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, **24**(7):883-908.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2004.07.007>
- RUBIN, K.H.; NELSON, L.J.; HASTINGS, P.; ASENDORPF, J. 1999. The transaction between parent's perceptions of their children's shyness and their parenting styles. *International Journal of Behavioral Development*, **73**(1):1-21.
- SORDI, A.; RODRIGUEZ, V.; KESSLER, F. 2011. Benzodiazepínicos, hipnóticos e ansiolíticos. In: A. DIEHL; D. CORDEIRO; R. LARANJEIRA (eds.), *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre, Artmed, p. 180-188.
- SORSDAHL, K.; BLANCO, C.; RAE, D.S.; PINCUS, H.; NARROW, W.E.; SOLIMAN, S.; STEIN, D.J. 2013. Treatment of anxiety disorders by psychiatrists from the American Psychiatric Practice Research Network. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, **35**(2):136-141.  
<http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2012-0978>
- STAKE, R. 1994. Case Study. In: N. DENZIN; Y. LINCOLN (eds.), *Handbook of Qualitative Research*. London, Sage, p. 236-247.
- TAYLOR, S.; WOODY, S.; KOCH, W.J.; MCLEAN, P.; PATERSON, R.J.; ANDERSON, K.W. 1997. Cognitive restructuring in the treatment of social phobia: efficacy and mode of action. *Behaviour Modification*, **21**(4):487-511.  
<http://dx.doi.org/10.1177/01454455970214006>
- WOODY, S.R.; CHAMBLESS, D.L.; GLASS, C.R. 1997. Self-focused attention in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, **35**(2):117-129.  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00084-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00084-8)

Submetido: 22/12/2014

Aceito: 13/04/2015