

Amanda Bezerra de Barros<sup>1</sup>  
Melyssa Kellyane Cavalcanti  
Galdino<sup>2</sup>

## A Terapia Cognitivo-Comportamental e Mindfulness no Tratamento do Transtorno de Ansiedade Social: Um Estudo de Caso

### *Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness in the Treatment of Social Anxiety Disorder: A Case Study*

#### RESUMO

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS) é considerado um dos transtornos mais prevalentes no mundo. O objetivo do estudo em questão é apresentar o caso de um jovem adulto, do sexo masculino com diagnóstico de TAS, descrevendo como ocorreram as intervenções embasadas na terapia cognitivo-comportamental (TCC) sem uso associado de psicofármacos. Propõe-se também demonstrar quais intervenções podem auxiliar no tratamento do medo social de comer em público e vomitar. O tratamento consistiu em 20 sessões com a utilização de técnicas consideradas fundamentais nesses casos, como: psicoeducação; exposição gradual e reestruturação cognitiva. A exposição inicialmente não foi efetiva, e foram necessárias a utilização de novas estratégias, com a inserção de práticas formais e informais de mindfulness que auxiliaram o paciente a se alimentar melhor voltando sua atenção às sensações corporais da alimentação. A utilização de mindfulness associado a outras estratégias das TCCs pode ser muito eficaz. Os resultados obtidos pelo método JT demonstraram mudanças confiáveis nas medidas, e a avaliação final do processo demonstrou melhora considerável nas queixas iniciais, redução na ansiedade social, nos comportamentos de segurança e ressignificação cognitiva de suas crenças.

**Palavras-chave:** Fobia Social; Terapia Cognitivo-Comportamental; Atenção Plena; Mindfulness.

#### ABSTRACT

Social Anxiety Disorder (SAD) is considered to be one of the leading disorders in the world. The goal of this study is to show the case of a young adult male with the diagnosis of SAD, describing the intervention based on the cognitive-behavioral therapy (CBT) without associated usage of psychotropic drugs. It also proposes to demonstrate which interventions can help in the treatment of social fear of eating in public and vomiting. The treatment consisted of 20 sessions in which used techniques considered fundamental in this kind of cases, such as: psychoeducation; gradual exposure and cognitive restructuring. The exposure initially was not effective, and was necessary the use of new strategies, including the insertion of formal and informal mindfulness practice, what helped the patient to improve their feeding concern, and paying attention to the body sensations of the feeding. The use of mindfulness associated with other CBTs can be very effective. The results in the final evaluation demonstrated great improvement in the initial complaints, decrease in the social anxiety, in the safety behaviors and cognitive ressignification of his beliefs.

**Keywords:** Phobia, Social; Cognitive Behavioral Therapy; Mindfulness.

<sup>1</sup> Universidade Federal da Paraíba,  
Departamento de Psicologia - João Pessoa -  
Paraíba - Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal da Paraíba, Departamento  
de Psicologia, Programa de pós graduação em  
Neurociência Cognitiva e Comportamento -  
João Pessoa - Paraíba - Brasil.

#### Correspondência:

Amanda Bezerra de Barros.  
E-mail: mndbezerra@gmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema  
de Gestão de Publicações) da RBTC em 21 de  
Agosto de 2019. cod. 038.

Artigo aceito em 12 de Outubro de 2020.

DOI: 10.5935/1808-5687.20200018

## INTRODUÇÃO

A ansiedade é um estado no qual os indivíduos maximizam automaticamente o perigo relacionado a determinada situação, devido a uma falha no viés do processamento da informação ao lidar com ameaças (Notebaertl, Tilbrook, Clarke, & MacLeod, 2017) a ansiedade social é a aflição que pode ser sentida na interação social ou no momento de apresentar-se na presença de outras pessoas (Pereira & Lourenço, 2012). A maioria das pessoas ocasionalmente sente ansiedade social de forma passageira e sem grandes comprometimentos em suas vidas, diferente do transtorno de ansiedade social (TAS), que segue parâmetros mais específicos, e é estabelecido através de critérios com um diagnóstico oficial (Hope, Heimberg, & Turk, 2012).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (APA, 2014), o TAS possui como principal característica o medo ou ansiedade intensos em quase todas as situações sociais nas quais o indivíduo pode estar suscetível a avaliação de outras pessoas. O indivíduo teme ser avaliado de forma negativa, e esse medo ou ansiedade apresenta-se desproporcional ao risco real de ser avaliado negativamente. Conforme os critérios diagnósticos apresentados no DSM-5, o TAS pode apresentar-se com o especificador do tipo “somente desempenho”, caracterizado quando o indivíduo apresenta medo restrito à fala ou ao se apresentar em público (APA, 2014).

Modelos cognitivos contemporâneos do TAS (Clark & Wells, 1995; Rapee & Heimberg, 1997; Hofmann, 2007) fornecem aporte teórico para compreensão dos principais fatores de desenvolvimento e manutenção envolvidos no distúrbio, entre eles, as crenças disfuncionais, o processamento tendencioso de informações sociais, os comportamentos de segurança e a evitação de situações provocadoras de ansiedade. O modelo de Clark e Wells (1995) enfatiza os fatores de manutenção do TAS, e Rapee e Heimberg (1997) focam nos processos cognitivos que mantêm o estado de ansiedade vivenciado por indivíduos com TAS.

Já Hofmann (2007) destaca o papel primordial dos altos padrões sociais percebidos e dos objetivos sociais mal definidos como desencadeadores da ansiedade antecipatória antes de um evento social (Penney & Aboot, 2014).

Em relação as comorbidades do TAS com outros transtornos, é recomendado que seja feita uma avaliação detalhada a fim de evitar confundir o diagnóstico e integrar de modo apropriado as abordagens de tratamento (McIndoo & Hopko, 2014). As comorbidades encontradas em estudos de caso mais recentes com TAS foram o transtorno obsessivo compulsivo (TOC) (Bunnell & Beidel, 2013); transtorno do espectro autista (Ordaz, Lewin, & Storch, 2018) esquizofrenia paranoide, (Williams, Capozzoli, Buckner, & Yusko, 2015) mutismo seletivo (Williams, *et al.*, 2015), depressão (Williams *et al.*, 2015); (Queen, Donaldson, & Luiselli, 2015) e transtorno bipolar (Kaufman & Baucom, 2014).

Existem tratamentos eficazes para o TAS. Rocha (2012) cita o farmacológico, a TCC e o treinamento de habilidades sociais (THS) como meios de intervenção. Contudo Walsh (2002) destaca que o tratamento com benzodiazepínicos, beta bloqueadores, assim como a classe de antidepressivos e drogas anticonvulsivantes que agem para amenizar os sintomas da ansiedade são eficazes em apenas 50% das pessoas acometidas, e apresenta alta recorrência de efeitos colaterais.

Dentre os tratamentos considerados eficazes para o TAS, a TCC é a mais utilizada e tem demonstrado os melhores resultados (Faria, 2011). Algumas pesquisas reforçam a eficácia do uso da TCC, como o estudo de Goldin *et al.*, (2014) que demonstrou como a TCC em pacientes com TAS do tipo generalizado produziu uma diminuição nas emoções negativas ao reavaliar a crítica social, modificando as respostas cerebrais, nas reações ao elogio social e críticas. Ao reavaliar críticas, houve aumento das respostas cerebrais na área pré frontal, relacionada com a atenção iniciativa e comportamento social, e no lóbulo parietal inferior, relacionado com a interação com tudo que nos rodeia, percepção, sensações, tato, dor.

Também foi observado aumento nas respostas no giro frontal superior direito relacionado a ritmo e entonação de fala, e no giro temporal posterior e superior esquerdo, relacionados dentre outras funções, a memória, interpretação de imagens, linguagem e comportamento emocional.

Em relação aos procedimentos, nos protocolos encontrados para o tratamento do TAS com TCC são descritas técnicas fundamentais como a psicoeducação, reestruturação cognitiva e exposição atribuída a lição de casa comportamental (McAleavey, Castonguay, & Goldfried 2014). Experimentos comportamentais gravados, a fim de trabalhar por feedback os comportamentos de segurança do paciente e role-plays também são bastante utilizados (Presti, Gautier, Sorenson, & Skelton 2017; Babinski & Nene, 2016). Em um protocolo específico foi empregado a dessensibilização de gatilhos e redução de urgência (DeTUR) com reprocessamento de movimentos oculares (EMDR) (Park, Kim, Jang, & Bae, 2016). Em outro caso foi utilizado o modelo de Clark e Wells (1995) que contém técnicas que permitem ao paciente reduzir a força de cognições mal adaptativas e diminuir seus padrões excessivamente altos para o desempenho social (Yoshinaga, Kobori, Iyo, & Shimizu, 2013). Todos obtiveram resultados favoráveis. Conclui-se que modelos de tratamento padronizados na forma de protocolos podem produzir bons resultados em muitos casos, contudo o que irá definir o melhor delineamento do tratamento será a avaliação funcional do caso individual, desenvolvendo através da análise da queixa, o tratamento adequado (Faria, 2011).

Nos protocolos embasados na TCC para o tratamento do TAS com comorbidades, são incorporados alguns procedimentos específicos. No caso da comorbidade com mutismo seletivo utilizou-se técnicas básicas da TCC associadas com terapia de eficácia social (Bunnell & Beidel, 2013). Na comorbidade com depressão e esquizofrenia, a

escolha foi utilizar protocolos de TCC para TAS e depressão (Williams, *et al.*, 2015). No transtorno bipolar, empregou-se TCC seguida da terapia interpessoal (Queen Donaldson, & Luiselli, 2015). Já na comorbidade de TAS com depressão, em alguns casos tratou-se primeiro a depressão e depois o TAS, em outros observou-se que o tratamento do TAS reduziu os sintomas da depressão (Kaufman & Baucom, 2014; McIndoo & Hopko, 2014).

Ainda que existam protocolos bem estabelecidos para o tratamento do TAS com a TCC ressalta-se a necessidade de uma avaliação constante e individual do paciente, visto que a detecção precoce dos obstáculos para o tratamento pode potencializar os resultados da intervenção. McAleavey, Castonguay e Goldfried (2014) identificaram que a TCC para o TAS é efetiva em mais de 75% dos casos, mas foram encontrados alguns problemas no tratamento, dentre eles a resistência do paciente para um tratamento mais diretivo, presença de baixo repertório de habilidades sociais, pessimismo em relação a terapia, comorbidades, entre outros.

Por outro lado, um movimento integrativo, baseado em processos e com fundamentos em evidências funcionais das TCCs, denominado de terapia baseada em processos (Hayes & Hofmann, 2015), fomenta o ajuste de procedimentos às necessidades dos indivíduos, com base em processos que provoquem mudanças, e permite a utilização de técnicas variadas que mais se adequam às necessidades do paciente (Hayes & Hofmann, 2015). Na perspectiva da terapia baseada em processos, cada paciente é considerado em suas particularidades, assim estudos de caso podem auxiliar na avaliação da eficácia do tratamento e servir de guia para outros profissionais.

Através de uma revisão integrativa nas bases de dados: Sage Journals, Scopus (Elsevier), Social Sciences Citation Index (web of science), Sage Publications (Crossref), Medline/PubMed (NLM), PILOTS, com as palavras chave: “transtorno de ansiedade social”; “social anxiety disorder”; “relato de caso” e “case report”, utilizando-se do critério publicação recente (2013 à 2018), nos idiomas inglês e português e artigos revisado por pares, obteve-se como resultado 13 artigos na modalidade estudo de caso abordando o TAS. Desses 13 artigos, apenas 4 relatam casos com tratamento utilizando a TCC voltado exclusivamente para o TAS. Assim, a escassez de trabalhos que demonstrem a utilização de protocolos com TCC ou integrativos, especificamente para o TAS, evidenciam a importância desse estudo.

O estudo em questão se propôs a apresentar um caso de um jovem com transtorno de ansiedade social, que recebeu atendimento psicoterápico na abordagem cognitivo-comportamental. A efetividade desse modelo teórico aliado a alta incidência do TAS, são pontos que ratificam a relevância desse estudo. O caso demonstra particularidades que não foram encontradas na revisão integrativa realizada, como as especificidades do medo social de comer em público atrelado ao medo de passar mal. A autorização para o relato deste

caso foi mediada pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) baseado nas diretrizes contidas na resolução Conselho Nacional de Saúde (CNS), Nº466/2012, MS.

## MÉTODOS

A modalidade de pesquisa utilizada neste trabalho foi o estudo transversal de caso único, utilizando-se de elementos quantitativos e qualitativos para explicitar o caso estudado. Este é definido por Yin (2015) como uma forma de investigação empírica que estuda determinado fenômeno (o caso) considerando todas as suas particularidades, inclusive o seu contexto, especificamente quando não for evidente os limites entre o fenômeno e o contexto.

Para coleta dos dados quantitativos os instrumentos utilizados foram: o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (Beck, 1991); Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Beck, 1993); Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE T e IDATE E) (Bieling, Antony, & Swinson, 1998) e a escala Liebowitz (Liebowitz, 1987).

## RELATO DO CASO

João (pseudônimo utilizado para manter a confidencialidade), é um adulto jovem de 23 anos, do sexo masculino, heterossexual, estudante de nível superior, em uma universidade pública da Paraíba, Brasil. Exerce atividade de estágio na própria universidade e recebe uma remuneração padrão de bolsa da Instituição. Advindo de uma classe social baixa, João é filho mais novo, oriundo do segundo casamento do seu pai. Seu núcleo familiar é composto por ele, sua mãe e seu pai, que residem na mesma casa.

João relatou ter sido uma criança tímida, passiva, com dificuldade para interagir com adultos. Aos cinco anos de idade, começou a apresentar gagueira, o que contribuía para que ele sentisse vergonha na hora de se comunicar. Apesar disso, possuía boas relações interpessoais com outras crianças. Nunca gostou de ser o centro das atenções. Costumava ir brincar na casa dos amigos e vice versa, e não apresentava problemas relacionados ao comportamento alimentar. Contudo, relatou que se sentia sozinho, porque os pais muitas vezes não o deixava sair para brincar na rua, e por não ter irmãos da sua idade. João não mantinha uma relação tão íntima com seus irmãos paternos, só os encontrava quando estes iam para a sua casa, o que não acontecia frequentemente.

Na adolescência tinha muitos amigos na escola. Considera que tinha mais proximidade com os amigos da época da escola do que com amigos atuais. Costumava sair, gostava de ir ver as quadrilhas juninas com os amigos e ir para passeios na escola. Considerava-se um bom aluno, contudo foi reprovado no 8º ano por sair das aulas para jogar vídeo game. Seu problema com a gagueira neste período contribuía para que João apresentasse baixo repertório de comunicação, principalmente em situações nas quais poderia ficar muito

ansioso, tais como apresentações na escola, desenvolver uma conversa com paqueras.

Seu primeiro relacionamento sério ocorreu por volta dos 16 anos. Entretanto, no segundo ano de namoro, sua namorada contou-lhe que era homossexual. O segundo relacionamento do paciente durou por volta de um ano e meio. O término ocorreu porque ele não tinha condições financeiras para sair com a namorada que tinha hábitos sociais caros.

João mencionou que começou a se perceber mais ansioso aos 18 anos, mas que “sempre foi assim” (sic). Nessa época alguns eventos podem ter influenciado a piora dessa ansiedade, como decidir o curso de graduação, e por ter passado o ano de 2013 sem trabalhar, fazendo curso pré-vestibular para tentar adentrar a universidade.

Atualmente João possui um bom rendimento acadêmico. Sua rotina se resume em ir a universidade, comparecer alguns dias da semana no Karatê e ficar em casa nos fins de semana. Considera-se uma pessoa com baixa autoestima, por ser magro, gago e tímido, e não faz uso de psicotrópicos. Acredita que as pessoas poderão julgá-lo pelas suas vulnerabilidades. Gostaria de mudar o aspecto físico, ser mais forte e desinibido. Atualmente, as responsabilidades adquiridas com, o curso, estágio e o trabalho de conclusão de curso podem também ser fatores que agravaram a ansiedade.

Em relação à vida familiar, João considera a sua mãe super protetora, estabelece um relacionamento de confiança com ela, e não tem tanta proximidade com o pai. A mãe contou-lhe que desejou muito o seu nascimento, já o seu pai não queria outro filho, por já ter filhos provenientes de outro casamento, e coube a sua mãe convencê-lo.

A queixa trazida pelo paciente foi a ansiedade em relação a situações novas, nas quais precisava se expor. Ao longo do processo psicoterapêutico foi identificado medo social voltado para situações de desempenho. A situação mais temida pelo paciente é o ato de comer em público, pois além da ansiedade por sentir-se avaliado pelos outros, ele também teme passar mal e vomitar na frente das pessoas. Isso intensifica a sua preocupação e aumenta a sua ansiedade.

As situações relatadas pelo paciente que causam ansiedade em um grau de menor para maior intensidade foram: apresentar trabalhos acadêmicos, exercer atividades no Karatê, fazer uma nova atividade (academia), viajar e comer fora de casa. Essas situações caracterizam uma ansiedade de desempenho, e em todas elas, é presente a preocupação de ter que se alimentar para não ter uma baixa de glicose no sangue e passar mal, temendo vomitar na frente das pessoas. Essas preocupações causam ansiedade e interferem na sua alimentação.

## HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social) 300.23 (F40.10) (CID- 10,2008).

## METAS

As metas trazidas pelo paciente foram: ter mais controle sobre a ansiedade; desenvolver autoconfiança e ter mais qualidade de vida.

## FORMULAÇÃO DE CASO

Após avaliação, constatou-se que João desde a infância era tímido, assumindo uma postura passiva em suas relações interpessoais. Algumas crianças apresentam na infância uma certa inibição comportamental, incluindo a timidez, fator de predisposição para o TAS (Leahy, 2011). A demasiada proteção da mãe pode ter contribuído para João temer e sentir-se ansioso diante das situações que de fato não são perigosas. Já a falta de exposição a situações sociais propiciou para que ele não construísse um repertório de comportamentos necessários para uma boa interação.

Sentia-se desconfortável em situações nas quais fosse o centro das atenções. Ele pensava: “ Vou parecer um idiota (sic) “ “ Eles vão me julgar pelos meus erros (sic)”. Com isso, na escola raramente falava na sala de aula, apesar de ser um aluno muito inteligente e dedicado, de acordo com seu relato sobre a opinião de seus professores. Também deixava de expressar sua opinião em outras situações sociais.

Algumas experiências negativas, como não conseguir se alimentar em um restaurante e passar mal durante uma aula de karatê, auxiliaram para que João desenvolvesse uma intolerância a incerteza, pois acreditava que tinha que se manter no controle para que as coisas saíssem como ele desejava. Para lidar com essas situações que lhe causavam ansiedade ele desenvolveu as seguintes estratégias: altos padrões de competência, trabalhar academicamente com afinco, preparar-se excessivamente para avaliações e apresentações de trabalhos, procurar por falhas e corrigir, evitar situações que pudessem vir a lhe causar ansiedade como situações novas e evitar pensar em qualquer coisa que lhe deixasse ansioso. Tais estratégias se mostravam como comportamentos de segurança, pois apesar de algumas delas se apresentarem benéficas podendo desconfirmar crenças negativas, João ao lograr êxito ignorava os aspectos positivos do seu desempenho ou os distorcia, e focava apenas nos aspectos negativos da situação. Devido sua autocobrança, nunca considerava o seu desempenho bom, e isso reforçava suas crenças negativas e aumentava sua ansiedade.

Deste modo, João passou a acreditar no pressuposto de que se não fosse perfeito nas situações de desempenho social, então havia fracassado, e evidenciava os aspectos negativos da situação. Depois de ter algumas experiências nas quais a ansiedade trazia como consequência um desconforto abdominal, João ficou condicionado a acreditar que toda vez que se sentisse ansioso sentiria o desconforto abdominal e vomitaria. A estratégia desenvolvida para lidar com situações que lhe causavam ansiedade foi evitá-las, quando possível, ou preparar-se excessivamente para desenvolvê-las. Contudo, a evitação juntamente com a autocobrança, colaboraram para o aumento da ansiedade e, conseqüentemente impossibilitou o paciente de construir um repertório de comportamentos sociais adequados, uma vez que mesmo quando enfrentava

as situações considerava apenas os aspectos negativos relacionados ao seu desempenho

Aliado a isso João também preocupava-se com o fato de não conseguir alimentar-se adequadamente antes de alguma situação. Devido a relação do paciente com a comida, ao longo do processo foi investigado a possibilidade de comorbidade com transtornos alimentares, contudo com a investigação especificamente sobre sua relação com a comida, a hipótese foi descartada. Sua preocupação em relação à alimentação centrava-se em ter uma baixa de glicose no sangue e passar mal, e foi intensificada quando João iniciou as aulas de karatê, já que nessas práticas é muito comum que o indivíduo seja levado a exaustão. Isso começou a se tornar um ciclo, pois só de pensar na possibilidade de passar mal, ele já se sentia ansioso e não conseguia alimentar-se bem, o que aumentava a possibilidade de realmente passar mal.

## AVALIAÇÃO

Um dos pontos que pode ratificar a eficácia da intervenção é a diminuição dos escores dos instrumentos administrados: IDATE E, IDATE T, BAI, BDI e escala Liebowitz. A ansiedade estado diminuiu de 39 pontos pré-tratamento para 30 pontos após o tratamento, a ansiedade traço diminuiu de 43 pontos pré-tratamento para 34 pontos pós-tratamento. A diminuição do BAI foi de 16 pontos para 10 pontos, e o BDI de 23 pontos para 13 pontos.

Observou-se como resultado da escala de Liebowitz uma diminuição da ansiedade de performance de 35 pontos para 32 pontos e na ansiedade social de 40 pontos para 28 pontos, tendo como escore total a diminuição de 75 pontos pré intervenção para 58 pontos como resultado pós-intervenção. A partir dos sintomas apresentados, no decorrer do processo, foi levantada a hipótese diagnóstica para o TAS,

## INTERVENÇÃO

Foram realizadas 20 sessões semanais no formato individual, com duração de 50 minutos, fundamentadas na abordagem cognitivo-comportamental. Os procedimentos realizados nas quatro primeiras sessões consistiram em uma avaliação inicial do caso e esclarecimento geral do funcionamento da psicoterapia e da abordagem utilizada.

Seguiu-se o modelo de estruturação das sessões propostas pela TCC padrão, ensinando o paciente a identificar e responder as cognições disfuncionais. Este procedimento é considerado um dos pontos importantes do tratamento com TCC, e esteve presente em quase todas as sessões (Beck, 2013). Ao longo da intervenção a hipótese diagnóstica inicial foi sendo confirmada.

Deste modo, inicialmente foi realizada uma linha de tratamento voltada para o transtorno identificado. Realizou-se psicoeducação sobre o TAS, e utilizou-se os procedimentos considerados fundamentais para o tratamento desse transtorno, como a dessensibilização sistemática (McAlevey, Castonguay, & Goldfried, 2014).

Para iniciar o procedimento de dessensibilização sistemática, foi feita uma lista de situações que causavam ansiedade para o paciente, classificando quais eram as mais intensas, e o enfrentamento começou pelas situações que eliciavam uma menor resposta de ansiedade. O paciente era exposto as situações ansiogênicas de forma gradual, ou seja, a uma nova situação que gerava ansiedade, quando havia uma diminuição do nível de ansiedade da situação anterior. Essa exposição ocorreu inicialmente por imaginação e depois ao vivo.

Foram utilizados ainda o treinamento de habilidades sociais (Rocha, Bolsoni-Silva, & Verdu, 2012) e práticas formais e informais de *mindfulness*, como uma estratégia para lidar melhor com a ansiedade, principalmente em relação a comida, já que umas das premissas para essa prática é baseada na aceitação, e na busca da promoção de um relacionamento mais flexível com os pensamentos (Roemer & Orsillo, 2010).

Em seguida foi realizada psicoeducação com o paciente sobre o condicionamento ao enjoo ao alimentar-se, e uma investigação das situações que auxiliaram para o desenvolvimento da associação enjoo- ansiedade. O objetivo da psicoeducação foi a motivação à exposição. Na Tabela 1 está disposto o conteúdo geral das sessões.

Aliado a todos os procedimentos, foi feito um trabalho de identificação e ressignificação das crenças centrais: “Eu sou inseguro” e “Eu sou inferior” que apresentavam-se ativas durante o processo terapêutico, e influenciavam diretamente no processamento de informações e estratégias comportamentais do paciente. Utilizou-se a técnica “o processo” da terapia cognitiva processual de Irismar Reis (Oliveira, 2016). A Tabela 2 apresenta as evidências a favor e contra a crença central mais emergente do paciente “Eu sou inferior”.

## RESULTADOS

Constatou-se na avaliação final do paciente uma redução dos sintomas de ansiedade, e melhora significativa nas queixas iniciais. A dessensibilização sistemática auxiliou para a diminuição da ansiedade de desempenho. Contudo, não foi efetiva em relação ao medo social de comer em público, pois após o exercício de exposição feito no *setting* terapêutico, o paciente ausentou-se por quatro sessões seguidas, em conseqüente falou sobre a possibilidade de parar a terapia, por acreditar que piora da sua ansiedade estava relacionada ao processo psicoterapêutico.

Dessa forma foi necessário adequar as técnicas às especificidades do paciente, e como foi percebido que a meditação já fazia parte da rotina do paciente devido a prática de Karatê, inseriu-se a prática informal de atenção plena para o ato de comer. O procedimento foi eficaz, uma vez que ao comer João passou a focar na experiência da alimentação, voltando sua atenção para o sabor, textura e cheiro dos alimentos, ao invés de focar nos pensamentos disfuncionais relacionados a comida, que contribuíam para que ele não conseguisse se

alimentar de forma adequada. Assim, a prática informal de meditação contribuiu para a diminuição da ansiedade, pois o pensamento de ter uma baixa de glicose no sangue e passar mal foi desconfirmado.

A psicoeducação sobre o condicionamento ao enjoo favoreceu a compreensão do ciclo de pensamentos disfuncionais que causavam ansiedade, e que eram reforçados pelos comportamentos de segurança de João. O procedimento foi importante para desenvolvimento de novas estratégias de enfrentamento e a percepção dos pensamentos disfuncionais. João passou a não valorizar esses pensamentos e reduziu os comportamentos de segurança. Aliado a isso, a reestruturação das suas crenças centrais: “Eu sou inferior” e “Eu sou inseguro”, auxiliaram para o desenvolvimento da flexibilidade cognitiva e a exposição gradual espontânea em comer em público.

A efetividade da intervenção é apresentada pela diminuição dos escores dos instrumentos administrados (Tabela 3). Para a análise da confiabilidade das mudanças pré e pós-intervenção foi utilizado o Método JT de Jacobson e Truax (1991). Com a utilização desse método, foi analisado o índice de mudança confiável (IMC). O IMC determina se as mudanças entre a pré e a pós-intervenção verificadas são resultado dos procedimentos utilizados ou se constituem artefatos ou erros de medida (Del Prette & Del Prette, 2008). Para isso, Jacobson e Truax (1991) desenvolveram uma fórmula específica, baseada na diferença entre pré e pós-teste dividida pelo erro padrão da diferença.

A partir do cálculo do IMC são considerados os seguintes parâmetros: IMC maior que 1,96 é definido como mudança positiva confiável; IMC menor que -1,96 refere-se à mudança negativa confiável; e valores de IMC entre -1,96 e 1,96 define-se como ausência de mudança (Mata *et al.*, 2018).

Para o BAI, BDI e Liebowitz, adotou-se as medidas de Pureza, Rusch, Wagner e Oliveira (2012) que utilizaram um treinamento para pacientes ansiosos com amostra semelhante ao presente caso clínico. Já para o IDATE-T e IDATE -E utilizou-se os dados de Fioravanti, Santos, Maissonette, Cruz e Fernandez (2006) que avaliaram a estrutura fatorial das escalas em amostra semelhante. Os Resultados de confiabilidade podem ser verificados na tabela 3.

## DISCUSSÃO

Com base no auto relato do paciente e nas mudanças nas respostas do paciente nos instrumentos documentados pelo índice IMC, é viável confirmar a eficiência da intervenção para remissão dos sintomas no caso analisado.

Na prática clínica, frequentemente é difícil controlar os efeitos positivos e negativos de uma intervenção. O uso do julgamento clínico do profissional, o auto-relato do paciente e o feedback da família podem ser influenciados por vários fatores. Assim, o uso de medidas psicométricas permite uma análise mais parcimoniosa da mudança dos sintomas (Costa & Paula,

2015). Contudo, todas as medidas psicométricas envolvem erros de mensuração, e isso é particularmente problemático em contextos clínicos. Nessa direção, o IMC é considerado uma abordagem conservadora para a avaliação da mudança de sintomas devido a intervenções (Jacobson & Truax 1991).

Esses resultados positivos podem estar relacionadas a modificação de pensamentos que auxiliavam o paciente a ter padrões excessivamente altos de desempenho social, com ressignificação dos pensamentos automáticos “Tenho que dar o melhor de mim”, “tenho que ser perfeito” para “Eu vou fazer o que posso, pois sei que não preciso ser perfeito”. Através da avaliação dos pensamentos automáticos, o paciente passou a perceber as distorções e a não considerar seus pensamentos como verdades absolutas, analisando sua validade e não dando credibilidade aos mesmos ao identificar suas distorções. A linha de tratamento seguida, corrobora com o modelo de Clark e Well (1995) que evidencia a necessidade em focar em mudanças nos esquemas cognitivos. De forma semelhante, Hofmann e Otto (2008) em sua revisão sobre TCC para TAS, concluíram que o progresso dos tratamentos com TCC é resultado de mudanças sistemáticas em cognições disfuncionais.

Por fim, ressalta-se que apesar da eficácia do tratamento da TCC tradicional para o TAS com a utilização de estratégias de relaxamento, treinamento em habilidades sociais, exposição ao vivo e reestruturação cognitiva (Penido *et al.*, 2014), é possível acrescentar novas estratégias não empregadas classicamente, com ênfase na individualidade e necessidades do paciente. Assim, examinando as intervenções baseadas em evidências, é possível realizar a integração de procedimentos que resolvam os problemas e promovam o bem estar dos indivíduos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou um entendimento mais aprofundado do caso estudado demonstrando as estratégias utilizadas no tratamento desse transtorno utilizando-se da TCC, mas principalmente abordando como tratar a especificidade do medo social de comer em público, aliado ao medo de vomitar. Assim, verificou-se que diferente do que a literatura apresenta, a dessensibilização sistemática, inicialmente não foi efetiva, uma vez que a preocupação em vomitar na frente das pessoas impossibilitava que o paciente enfrentasse a situação. Contudo a exposição aliada ao *mindfulness* foi eficaz.

Nesse estudo as técnicas mais eficazes para o tratamento do paciente foram a reestruturação cognitiva, exposição e *mindfulness*, pois estas auxiliaram na redução da ansiedade e enfrentamento das situações que causavam ansiedade. Contudo as dificuldades do caso descrito se deram pelo paciente atrelar a piora da sua ansiedade ao processo psicoterapêutico, o que servia de justificativa para ele cogitar a possibilidade de desistir da psicoterapia, por sentir-se desestimulado. O paciente não queria sentir ansiedade, e fazia o possível para evitar essa emoção.

Conclui-se que apesar da existência de protocolos específicos para o tratamento do TAS, é necessário considerar a queixa trazida pelo paciente e as suas peculiaridades, para assim desenvolver estratégias eficazes de tratamento. Nesse caso foram incorporadas técnicas de *mindfulness*, pertencentes as TCC's de 3ª onda, realçando que essa integração entre as TCC's pode ser muito eficaz.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (APA). (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Artmed Editora.
- Babinski, D., & Nene, N. (2016). Persistent Family Stress in the Course of Cognitive- Behavioral Therapy for a 7-Year-Old Girl With Social Anxiety Disorder. *Clinical Case Studies*. 15(4), 263-279.
- Beck, J. (2013). *Terapia Cognitivo Comportamental - Teoria e Prática - 2ª Ed.*
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio: Psychology Corporation.
- Beck, AT. (1991). Terapia cognitiva: Uma retrospectiva de 30 anos. *American Psychologist*, 46 (4), 368-375.
- Bieling, P. J., Antony, M. M., & Swinson R. P. (1998). The State-Trait Anxiety Inventory: structure and content re-examined. *Behavior Research and Therapy*, 36, 777-788.
- Bunnell, B., & Beidel D. (2013). Incorporating Technology Into the Treatment of a 17- Year-Old Female With Selective Mutism. *Clinical Case Studies*. 12(4), 291-306.
- 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*. New York: Guilford. 69-93.
- Costa, D. S., & Paula J. J. (2015). Usefulness of the Reliable Change Index for psychology and psychiatry in clinical practice: a case report of cognitive-behavioral therapy. *Clinical Neuropsychiatry*. 12(5). 135-138.
- Del, Prette. Z. A., & Prette A. D. (2008). Significância Clínica e Mudança Confiável na Avaliação de Intervenções Psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 24(4). 497-505.
- Faria, K. (2011). Uma revisão bibliográfica de técnicas cognitivas e comportamentais utilizadas no transtorno de ansiedade social generalizada, transtorno de pânico e fobia social. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Instituto de Psicologia. Porto Alegre.
- Fioravanti, A. C., Santos L. M., Maissonette S., Cruz A. P., & Fernandez L. (2006). Avaliação da estrutura fatorial da Escala de Ansiedade-Traço do IDATE. *Avaliação Psicológica*, 5(2), 217-224.
- Goldin, P. R., Ziv, Michal., Jazaieri, H., Weeks, J., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2014). Impact of cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder on the neural bases of emotional reactivity to and regulation of social evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 1-10.
- Hayes, S., & Hofmann, S. (2015). Process Based CBT The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy. *Context Press*.
- 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. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(4),
- Hope, D., Heimberg, R., & Turk, C. (2012). *Vencendo a ansiedade social com a terapia cognitivo-comportamental*. 2ª Ed. Edt: Artmed.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Kaufman, E., & Baucom, K. (2014). Treating Comorbid Social Anxiety and Major Depression: The Challenge of Diagnostic Overshadowing. *Clinical Case Studies*. 13(3) 265-281.
- Leahy, R. L. (2011). *Livre de Ansiedade*. (V. Figueira, trad.). Porto Alegre: Artmed. 138-145.
- Liebowitz, M. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*. 22, 141-173.
- Mata, R. L., Bernardes, M. F. V., Azevedo, C., Chianca, T. C. M., Pereira, M. G., & Carvalho, E. C. (2018). Método Jacobson e Truax: avaliação da efetividade clínica de um programa de ensino para cuidado domiciliar pós prostatectomia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 26 (3003).
- McAleavey, A., Castonguay, L., & Goldfried, M., (2014). Clinical Experiences in Conducting Cognitive-Behavioral therapy for Social Phobia. *Behavior Therapy* 45, 21-35.
- McIndoo, C., & Hopko, D. (2014). Cognitive-Behavioral Therapy for an Arab College Student With Social Phobia and Depression. *Clinical Case Studies*. 13(2) 128-145.
- Notebaert, L., Tilbrook, M., Clarke, P. J. F., & MacLeod, Colin. (2017). When a Bad Bias Can Be Good: Anxiety-Linked Attentional Bias to Threat in Contexts Where Dangers Can Be Avoided. Romanian National Authority for Scientific Research, Funding for this research was provided by: Australian Research Council.
- Oliveira, I. R. (2016). *Terapia cognitiva processual: manual para clínicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Ordaz, D., Lewin, A., & Storch, A. (2018). Modular Cognitive-Behavioral Therapy for a Young Adult With Autism Spectrum Disorder, Comorbid Obsessive Compulsive Disorder, and Social Anxiety Disorder. *Clinical Case Studies*. 17(3) 136-149.
- Organização Mundial da Saúde. (2008). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde-Décima Revisão*. 8. ed. São Paulo: Edusp; v.2.
- Park, H., Kim, D., Jang, E., & Bae, H. (2016). Desensitization of Triggers and Urge Reduction for Paruresis: A Case Report. *Psychiatry Investig*. 13(1), 161-163.
- Penido, M. A., Giglio, G., Lessa, L., Carvalho, M., Souza, W., Rangé, B. (2014). O uso do teatro do oprimido no tratamento em grupo para transtorno de ansiedade social. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 10(1), 29-37.
- Penney, Erika & Abbott, Maree. (2014). Anticipatory and Post-Event Rumination in Social Anxiety Disorder: A Review of the Theoretical and Empirical Literature. *Behaviour Change*. 31. 79-101. 10.1017/bec.2014.3.
- Pereira, S., & Lourenço, L. (2012). O estudo bibliométrico do transtorno de ansiedade social em universitários. *Arq. bras. psicol.* 64(1). Rio de Janeiro.
- Presti, J., Gautie, S., Sorenson, S., & Skelton, S. (2017). Culturally Sensitive Adaptations to Evidence-Based Cognitive Behavioral Treatment for Social Anxiety Disorder: A Case Paper. *Cognitive and Behavioral Practice*.
- Pureza, J, Rusch, S, Wagner, M., & Oliveira, M. (2012). Treinamento de habilidades sociais em universitários: uma proposta de intervenção. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 8(1), 2-9.
- Queen, A., Donaldson, D., & Luiselli, J. (2015). Interpersonal Psychotherapy and Cognitive- Behavioral Therapy as an Integrated Treatment Approach for Co- Occurring Bipolar I and Social Anxiety Disorder. *Clinical Case Studies*. 1-15.

- Rapee, R., & Heimberg, R. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behav Res Ther.* 35(8), 741-56.
- Rocha, J. F. (2012). Efeitos de uma intervenção comportamental com treino de habilidades sociais para universitários com fobia social. 156 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências, Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/97465>.
- Rocha, J., Bolsoni-Silva, A., & Verdu, A. (2012). O uso do treino de habilidades sociais em pessoas com fobia social na terapia comportamental. *Perspectivas em análise do comportamento.* 03(01), 038-056.
- Roemer, L., & Orsillo, S. (2010). A prática da terapia cognitivo-comportamental baseada em *mindfulness* e aceitação. Porto Alegre: Artmed.
- Walsh, J. (2002). Shyness and social phobia. A social work perspective on a problem in living. *Health and Social Work.* 27(2),137-144.
- Williams, M., Capozzoli, M., Buckner, E., & Yusko, D. (2015). Cognitive-Behavioral Treatment of Social Anxiety Disorder and Comorbid Paranoid Schizophrenia. *Clinical Case Studies.*14(5), 323-341.
- Yin, R. (2015). Estudo de caso planejamento e métodos. 5.ed. edt: bookman.
- Yoshinaga, N., Kobori, O., Iyo, M., & Shimizu, E. (2013). Cognitive behaviour therapy using the Clark & Wells model: a case study of a Japanese social anxiety disorder patient. *The Cognitive Behaviour Therapist.* 6(3), 1- 13.