

TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL EM ADOLESCENTES ESTUDANTES: UM OLHAR COGNITIVO-COMPORTAMENTAL SOBRE AS MENTES ANSIOSAS

Carol Roberta de Sousa Félix¹

Pablo de Vasconcelos Molick¹

Marianna Carla Maia Dantas de Lucena ²

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo identificar os indicadores etiológicos envolvidos no desencadeamento do Transtorno de Ansiedade Social (TAS), bem como avaliar as consequências da doença entre adolescentes de 14 a 18 anos à luz da Teoria Cognitivo-Comportamental. Utilizou-se para tanto da revisão bibliográfica, verificando-se as propostas de intervenções psicoterápicas aplicadas no manejo da referida Teoria, contando-se com o auxílio das bases de dados do Scielo, Pepsic, Pubmed e Bvsps. Desse modo, observou-se que as crenças disfuncionais aliadas a estímulos neutros são percebidas de forma alterada, excluindo os estímulos positivos e de segurança, ou seja, essa inadaptação contribui na construção do medo ou ansiedade evidente, quando se está diante de uma ou mais situações sociais nas quais pode haver uma avaliação relacionada a julgamentos negativos de outros sujeitos, assim como, o sentimento de ameaça desproporcional ao estímulo presente. Nesse cotejo, apresentam-se nesse artigo os estressores contribuintes do TAS e suas consequências na vida do sujeito, além da importância no diagnóstico e tratamento adequado, a fim evitar as nocivas consequências sociais ou individuais.

Palavras-chave: Fobia Social. Ansiedade Social. Terapia Cognitivo-Comportamental. Adolescente.

¹Autores: Discentes do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (e-mails: carolrfelix94@gmail.com e pablomolick@gmail.com).

²Orientadora: Docente do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (e-mail: mariannacarla.lucena@gmail.com).

SOCIAL ANXIETY DISORDER IN TEENAGE STUDENTS: A COGNITIVE-BEHAVIORAL PROSPECT ON ANXIOUS MINDS

ABSTRAT

The present study aims to identify the etiological indicators involved in triggering Social Anxiety Disorder (SAD), as well as to assess the consequences of the disease among adolescents aged 14 to 18 years in the light of Cognitive-Behavioral Theory. It was used the bibliographic review, checking the proposals of psychotherapeutic interventions applied in the effort of said Theory, counting on the help of the databases of Scielo, Pepsic, Pubmed and Bvsps. Thus, it was observed that dysfunctional beliefs associated with neutral stimuli are perceived in an altered way, excluding positive and safety stimuli, that is, this maladaptation contributes to the construction of obvious fear or anxiety when one is faced with one or more social situations in which there may be an evaluation related to negative judgments of other subjects, as well as the feeling of threat disproportionate to the present stimulus. In this comparison, we present in this article the stressors that contribute to SAD and its consequences in the life of the subject, besides the importance in the diagnosis and appropriate treatment, in order to avoid the harmful social or individual consequences.

Keywords: Social phobia. Social Anxiety. Cognitive-Behavioral Therapy. Teenager.

1 INTRODUÇÃO

Segundo o dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (HOLANDA, 1977), a ansiedade é definida como o sofrimento físico e psíquico, aflição, agonia, angústia, ânsia, nervosismo, bem assim, um estado emocional frente ao futuro incerto e perigoso no qual o indivíduo se sente impotente e indefeso, e ainda, sentimento e sensação de intranquilidade, medo ou receio. Entretanto, para além do que se possa ser diluído em palavras, mas que se materializa no dia a dia e ultrapassa a fronteira da normalidade, é necessário lançar mão de uma perspectiva estruturalista, desde quando se iniciam os primeiros passos do referido tema, até os dias atuais.

Para Foucault (2014), os chamados “desviantes”, desnudam e expõem o homem em seus instintos mais primitivos, afastando-o da cultura, passível de associar o transtorno em todas as sociedades, ao mal-estar em curso de cada uma delas. Desse modo, tais alterações mentais, foram descritas de diversas maneiras ao longo dos tempos, variando entre místicas e punitivas, ou ainda, como tratamentos que beiravam o curandeirismo.

Em meados da década de 50 surgiram às classificações descritivas e norteadoras para os transtornos mentais. O DSM-III, Manual de Diagnóstico de Distúrbios Mentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1989), em sua terceira versão, abre um novo prisma na Psicologia, até o desenvolvimento do DSM-V (2014), quando se consolidou definitivamente nas diretrizes dos diagnósticos e das condutas recomendadas.

Transtorno de Ansiedade Social é o de maior índice e o terceiro mais predominante entre todas as patologias mentais (BECK, 2013). Na classificação do DSM-V (2014) o portador do Transtorno de Ansiedade Social possui medo ou ansiedade evidente quando se está diante de uma ou mais situações sociais em que pode haver uma avaliação de outros sujeitos, no qual está relacionado a julgamentos negativos, assim como, o sentimento de ameaça é desproporcional ao estímulo presente.

Esse transtorno tem como consequência o sofrimento psíquico, que afeta sua vida social, podendo causar evasão escolar, prejudicar a produtividade no ambiente profissional, afetar o fator socioeconômico e contribuir para uma baixa qualidade de vida. Nele, é discutido como fatores ambientais podem contribuir para a formação, considerando como fatores de riscos para essa psicopatologia maus-tratos e adversidades na infância.

O presente trabalho torna-se relevante em razão da incidência supracitada do Transtorno de Ansiedade Social (TAS). Para se ter uma ideia, “durante os últimos anos, o TAS na infância e na adolescência tem sido descrito como um transtorno psiquiátrico prevalente, incapacitante e associado com prejuízos importantes ao longo do desenvolvimento do indivíduo.” [...] (ISOLAN et al., 2007, p.130). Especialmente os jovens em idade em adolescência são posicionados na situação problema, tendo que dar conta das carências e anseios inerentes, bem como as pressões de natureza alheia. Neste sentido, verifica-se que tal clientela é frequentemente exposta à pressão

familiar pela escolha da carreira, competitividade entre os seus pares, podendo levar os sujeitos a prejuízos biopsicossociais.

Torna-se importante realizar um trabalho científico sobre o Transtorno de Ansiedade na adolescência, devido à relevância dessa patologia nos estudos, sendo então, o que mais afeta a população, e, quando presente nessa fase pode acarretar um crescimento intenso da doença no decorrer da vida do sujeito. Diante disso, é necessário um conhecimento mais aprofundado dessa demanda, devido ao alto índice de sua presença na sociedade contemporânea, aliado a isso um número crescente de jovens em psicoterapia que traz essa problemática.

Nesse sentido, o objetivo desse estudo é verificar propostas de intervenções psicoterápicas, aplicadas no manejo com ansiosos sociais na adolescência, na perspectiva da Teoria Cognitivo-Comportamental, assim como, identificar os indicadores etiológicos envolvidos no desencadeamento do TAS, avaliar as consequências da doença no estudante e identificar as principais técnicas utilizadas pela TCC nesse contexto.

A Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1992) denomina o transtorno como Fobia Social, afirmando que o medo de ser observado leva o indivíduo a evitar situações sociais, quanto maior a intensidade da fobia, maior será a perda da autoestima e o receio da crítica. Seus sintomas incluem rubor, tremor das mãos, náuseas ou desejo urgente de urinar, no entanto, o indivíduo acredita que uma dessas manifestações é o problema primário e não secundário.

Conforme a Terapia Cognitivo-Comportamental existem crenças disfuncionais aliadas a estímulos neutros, que passam a ser vistos de forma alterada, excluindo os estímulos positivos e de segurança. As consequências das interpretações errôneas acarretam sintomas físicos, comportamentais e cognitivos, os quais acabam causando incômodo, contribuindo para o isolamento das relações sociais, devido a uma percepção de autoimagem inadequada. Ao se afastar e se esquivar das situações que acreditam ser ameaçadoras, essa percepção da autoimagem se intensifica acarretando a fortificação das crenças disfuncionais, afetando no seu convívio social (ITO et al., 2008).

Os autores Clark e Wells (*apud* D'El Rey et al., 2006), criaram um modelo cognitivo afirmando que esses pacientes têm a intenção de querer passar uma boa imagem na sociedade, entretanto, acredita não serem capazes de aceitação de outros

sujeitos, por receio de agir de forma inadequada, acarretando uma avaliação negativa e uma exclusão social.

Essa problemática está cada vez mais presente na sociedade contemporânea. De acordo com os critérios do DSM-V (2014) a incidência varia de 0,7% a 3,5%, se transformando em demanda para a prática clínica da psicologia, o que faz ser necessário para os futuros psicólogos, o estudo mais aprofundado e detalhado do Transtorno de Ansiedade na fase da adolescência. Sabendo disso, necessita-se, portanto, um estudo que se debruce em uma análise teórica sobre o tema, com o intuito de contribuir para desmistificação do assunto proposto, bem como suas possíveis intervenções na perspectiva da Teoria Cognitivo-Comportamental (TCC).

Ademais, no Brasil, segundo a ANS (Agência Nacional de Saúde) a patologia possui incidência de 5,8% em jovens de 14 a 18 anos. Daí os transtornos de ansiedade na adolescência são fatores estressores para o contexto familiar, risco aumentado em quatro vezes para o desenvolvimento da depressão, além de uma das causas de passagem ao ato suicida entre o público da referida faixa etária.

Em uma pesquisa realizada na cidade de São Paulo com adolescentes, foi identificado que 7,8% da amostra revelaram sintomas que caracterizavam o diagnóstico (D'EL REY et al., 2006). Entretanto, em outro estudo feito nas escolas de Porto Alegre com o mesmo público alvo, o resultado foi triplamente superior com 23,12% apresentando os sintomas que indicavam o transtorno (FERNANDES, 2008 *apud* ZANINI, 2015).

O transtorno de Ansiedade Social se faz mais frequente entre jovens e adolescentes, entretanto em crianças o TAS pode ser compreendido como uma visão desproporcional e recorrente de ansiedade a desconhecidos. Crianças com até 2,5 anos de idade perto de desconhecidos leem a situação como um lugar desconfortável, evitando estabelecer uma comunicação assertiva. O comportamento em questão é tolerável e deve ser entendido como o desenvolvimento infantil adequado. Entretanto, após este período, se o estranhamento persistir e interferir na construção de uma vida social é possível que este desconforto tenha se tornado patológico (CHAVIRA et al., 2005).

2 MÉTODO

O presente trabalho foi realizado por meio de revisão bibliográfica, do tipo narrativa, consistente em uma análise da literatura, cuja fonte foi buscada em livros, artigos e revistas, acessados na internet, sendo conteúdos e resultados validados sobre Transtorno de Ansiedade Social na adolescência.

As palavras-chaves utilizadas foram “fobia social”, “ansiedade social”, “Terapia Cognitivo-Comportamental” e “adolescente”, nas seguintes bases de dados: Scielo, Pepsic, Bvsps, Pubmed, dentre outras.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para compreender o objeto estudado, torna-se relevante esquadrihar e descrever o tema na perspectiva Cognitivo-Comportamental, com os determinantes sociais encontrados em torno dos sujeitos acometidos. O TAS está inserido em situações que o portador possui companhia de um número maior de pessoas, se intensificando com o grau de formalidade da situação social e o nível em que o mesmo acredita-se está em exposição, tendo consequência o desejo de fuga daquele ambiente (GUSMÃO, 2013).

No que se refere à herança ancestral consta esse registro ontogenéticos na forma como nos relacionamos com os "desafios" modernos do cotidiano. Para se ter uma ideia da influência desses, consta no DSM-V (2014), essas síndromes ansiosas como subtipos, que apresentam características psicopatológicas particulares, porém tendo este estado afetivo como sintoma central.

Como os outros transtornos de ansiedade, o tema em questão é motivo de controvérsias entre profissionais desenvolvimentistas e ambientalistas. Esse último grupo, atribui como causa principal da ansiedade, a expectativa de um perigo iminente e indefinido, porém sem que uma ameaça real seja identificada (LADER, 1981). Quando existe a situação factual, as pessoas ao redor não entendem a desproporcionalidade das ferramentas de expressões físicas utilizadas pela fisiologia do sujeito para denunciar a disfunção durante o episódio da crise.

Segundo o DSM-V (2014), o Transtorno de Ansiedade Social se caracteriza pelo surgimento do medo ou da ansiedade intensos quando o indivíduo se depara com situações em que precisa se expor à avaliação de outros. Tal sensação leva o paciente a evitar situações adversas, prejudicando sua vida em vários níveis.

Quadro - Transtorno de ansiedade social (Fobia Social)

TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL (FOBIA SOCIAL)	
CrITÉRIOS Para o DiagnÓstico	Influencia na Performance
A. Medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas.	Exemplos incluem interações sociais (manter uma conversa), ser observado (comendo ou bebendo) e situações de desempenho diante de outros (proferir palestras).
B. O indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente.	Tais como ruborizar, tremer, transpirar, tropeçar nas palavras, que serão avaliados negativamente pelos demais.
C. As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade.	O grau e o tipo de medo e ansiedade podem variar em diferentes ocasiões.
D. As situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade.	A esquiva pode ser abrangente (não ir a festas) ou sutil (preparando excessivamente o texto de um discurso).
E. O medo ou ansiedade é desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social e o contexto sociocultural.	Superestimam as consequências negativas das situações sociais, e, assim, o julgamento quanto a ser desproporcional é feito pelo clínico.
F. O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente durando mais de seis meses.	Ajuda a diferenciar o transtorno dos medos sociais transitórios comuns, particularmente entre crianças e na comunidade.
G. O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.	Evita ou ignora o trabalho ou educação que realmente deseja ter, devido aos sintomas de ansiedade social.
H, I, J. O medo, ansiedade ou esquiva não é consequência dos efeitos fisiológicos de uma substância ou de outra condição médica, não é mais bem explicado pelos sintomas de outros transtornos mentais e se outra condição médica estiver presente não está relacionado ou é excessivo.	

Fonte: DSM-V, 2014.

Conforme demonstra a tabela anterior, os pacientes com TAS, evitam circunstâncias ou as suportam brevemente, se projetando sobre um contínuo de ansiedade. As situações temerosas são: falar em público, se alimentar, beber, utilizar banheiro coletivo (MARKS et al., 1966), porém, o primeiro desses desempenhos aparece com mais frequência (CROZIER et al., 2001).

Entretanto, segundo a *American Psychiatric Association* (APA) os pacientes com TAS, manifestam medo excessivo de que sua performance seja atingida negativamente, ao ponto de acarretar constrangimentos e humilhações. A referida exposição traz sintomas fisiológicos aos pacientes acometidos, tais como: palpitações, tremores, sudorese, rubores faciais, entre outras incapacitações.

Esses sinais costumam trazer repercussões nefastas às possibilidades de ganho e comprometimento para dia a dia dos sujeitos acometidos, especialmente os adolescentes, público em que o TAS tem sido considerado como a mais frequente das perturbações ansiosas da adolescência (CROZIER et al., 2001). No supracitado grupo, finda levando a condutas acadêmicas inadequadas, como por exemplo: matar aula para evitar chegar à sala repleta de pessoas, procrastinar situações de seminários ou conteúdos subentendidos por receio de resolvê-las com o professor durante a aula. Esses e outros são desdobramentos constantes, gerando sofrimento psíquico e impactos importantes por vezes irreparáveis a nível social, emocional e escolar.

Tem-se conhecimento de que a adolescência é a fase de criticidade sobre si e para com os demais, recaíndo sobre as “costas” o peso de tudo que diz ou faz em público, o que finda gerando sofrimento e frequentes autoflagelos. Essa faixa etária tem sido associada com importantes prejuízos sociais, ocupacionais e familiares, além de predispor ao uso de drogas e ao desenvolvimento de depressão e de outros transtornos de ansiedade (PINE et al., 1998; STEIN et al., 2008).

A relação afetiva presente na interação entre pais e filhos repercute consideravelmente no seu convívio, ligação e vínculo no seu contexto social. Os modelos parentais, os métodos educativos e as expectativas postas no filho geram um padrão de comportamento, atitudes e objetivos (SANG, 2009). Um controle parental deficiente ou excessivo tem a capacidade de gerar restrições na autonomia ou comportamento exploratório diminuído, podendo alterar modelos cognitivos de medos adaptativos em uma ansiedade patológica (ROSEN et al., 1998).

Os estilos de modelos parentais estão relacionados a ações dos pais frente aos filhos, integrando questões de poder, hierarquia, apoio emocional e estímulos à autonomia, gerando uma estrutura psicológica-emocional, no qual criam nos filhos uma disciplina, autonomia e responsabilidade aliado a uma interferência na sua forma de agir socialmente considerado apropriado (REPPOLD et al.,2002).

Desse modo, um pai do tipo autoritário utiliza seu poder para decretar específicos comportamentos dos filhos, independentemente dos desejos dos mesmos (WEBER et al., 2006). Seu perfil é de impor regras e limites, havendo pouca ligação de afeto e envolvimento, as regras impostas são controladas por ele mesmo por acreditar que é necessário obedecê-lo, assim como pratica a punição quando há comportamentos inapropriados e tiram do filho o direito de decisão (FONSÊCA et al., 2014).

Entre crianças e adolescentes com pais autoritários, emerge maior incidência de ansiedade comparada a outros tipos de dinâmicas familiares. É atribuída a esses indivíduos a dimensão exigência, cujo sentimento e pensamento são de preocupação e insegurança dos desempenhos de si próprios, ainda que sua ação seja considerada adequada socialmente (SALVO, 2013).

Adolescentes que possuem características de ausência de habilidades sociais desempenho social possuem uma melhor competência escolar comparada àqueles que não possuem um bom desempenho social (CHEN et al.,1997). Em um estudo feito por Sapienza et al. (2009) com 66 adolescentes do 7º, 8º e 9º ano de uma escola em Curitiba, tinha o objetivo de verificar diferenças entre competência social e práticas educativas parentais nos adolescentes categorizados com alto e baixo rendimento acadêmico. Foi identificada nessa pesquisa uma discrepância entre a opinião dos pais e seus filhos considerados com baixo rendimento acadêmico em relação aos seus comportamentos sociais. O primeiro acredita que o adolescente possui uma postura abaixo de sua expectativa e desejo, entretanto o segundo se percebe com um bom empenho social.

Na adolescência as relações sociais no âmbito escolar podem gerar uma ansiedade desadaptativa que torne incapacitante as relações sociais, podendo propiciar um isolamento, afetação na sua autoestima, desenvolvimento de sentimentos depressivos, assim como, déficits de competência social (SALABERRÍA et al., 1995). Nesse período há a incidência de dois fenômenos de relevância que agem como predisposição para o desenvolvimento e elevação do TAS (BEIDEL et al.,

1994). O primeiro se refere às demandas sociais da sua inserção a fase da vida adulta e a segunda ao desenvolvimento cognitivo das operações formais, o adolescente cria consciência da diferença entre sua perspectiva social e a dos outros.

Wen-Chi Wu et al. (2016) realizou uma pesquisa em Taiwan cujo objetivo era investigar as ligações entre a defesa de comportamentos e a saúde mental (ansiedade social e depressão) dos agressores, vítimas e observadores do *bullying*. Com base nos seus estudos, pressupuseram três hipóteses, afirmando que os comportamentos de defesa variam conforme os papéis de *bullying* existente, assim como, há uma associação significativa com a saúde mental e a ligação entre comportamentos de defesa e saúde mental varia de acordo com as funções de *bullying*. Na pesquisa as vítimas obtiveram maior comportamento de defesa, no que se inclui ansiedade social e depressão, do que os espectadores e agressores. Os autores acreditam que com a falta de intervenção na prática do *bullying*, a vítima pode se isolar socialmente gerando os comportamentos de defesas e como consequência o surgimento do transtorno.

Especialmente no âmbito escolar, pesquisas feitas na cidade de Winnipeg - Canadá, foram observados prejuízos com a compelida interação do jovem ao falar em público, segundo Stein et al. (1996), levando a altos níveis de nervosismo que representam 4% dos transtornos relacionados à educação. Estudos como o referido, demonstram e nos fornecem a noção do alcance do TAS, mesmo num contexto hostil ao cenário sociocultural brasileiro. Desse modo, é possível fazer uma arqueologia desse transtorno, a fim de possibilitar a intervenção adequada e singular padrão de Ansiedade Social no âmbito escolar.

Ao se tratar de provas escolares, observa-se que há uma tendência do paciente com ansiedade social, em avaliar uma situação de demonstração de capacidade de conhecimento como uma ameaça pessoal (SPIELBERGER et al., 1995).

A consequência desse tipo de pensamento leva o indivíduo a desenvolver percepções de ameaças, sentimento diminuído de autoeficácia, pensamentos autodepreciativos, como também de falha por antecipação, respostas emocionais intensas e agitação no primeiro sinal de fracasso (SARASON et al., 1990). Diante disso, ansiedade perante uma prova vem como significado de medo de fracassar em momentos de análises (SARASON, 1978; ZEIDNER, 1998). Conforme o DSM-V (2014), tais receios intensos referentes ao próprio comportamento manifestados em situações acadêmicas pode ter como diagnóstico o transtorno de ansiedade social.

Uma pesquisa realizada por Gonzaga et al., (2016) teve como objetivo a análise dos níveis ansiosos em provas escolares com adolescentes do Ensino Médio em uma escola Pública na Cidade de São Paulo. O instrumento utilizado foi o *Test Anxiety Scale* (SARASON, 1978), sendo adaptado para a nossa cultura.

O TAS (teste) tem 37 opções para o estudante marcar entre Verdadeiro ou Falso. Esse instrumento analisa o cognitivo, o fisiológico e o comportamental. Neste estudo participou 379 adolescentes, desse número houve uma predominância de 62,53% (n = 237) de alunos que possuem ansiedade para realizar prova. Sobre os estressores acadêmicos citados pelos alunos, os estressores internos tiveram uma prevalência: autocobrança da sua performance na prova, tendo pensamentos como querer fazer o melhor na prova; sentimento de incapacidade, por exemplo preferência em fazer um trabalho ao invés de uma prova; e reações psicofisiológicas, como sentir-se nervoso diante da prova. Nota-se em estudos que fatores biopsicossociais, como fator biológico, psicológico e social contribuem para afetar o estudante ao realizar uma prova (LOWE et al., 2008).

O diagnóstico do Transtorno de Ansiedade Social tem dificultado acesso, além disso, tampouco todos os pacientes procuram atendimento especializado ou sabem que desenvolveram tal transtorno, sem esta informação considerada subnotificada (POLLACK, 2001), deixando a cargo do profissional psicólogo escolar e professores, figuras incomuns entre as escolas brasileiras, a prerrogativa de encontrar os traços do transtorno que atravessa os processos de ensino e aprendizagem.

3.1 AVALIAÇÕES PARA O DIAGNÓSTICO

Por se tratar de um distúrbio considerado de difícil diagnóstico pelos profissionais da área, fato este que estimula o estudo e desenvolvimento de mecanismos que favoreçam seu reconhecimento precoce e latente (LIBERAL, et al., 2005). A utilização de escalas psicométricas para a realização do diagnóstico, se por um lado não há formas biológicas de determinar quando o sujeito reage de forma ansiosa a um estímulo desconfortável. Na perspectiva geral, a avaliação psicológica é de relevância para a tomada de estratégias terapêuticas, ou seja, a avaliação serve para nortear de modo mais seguro as ações do trabalho psicológico (WITTER et al., 1996).

Escalas psicométricas utilizadas para o diagnóstico do TAS:

NOME	CONSTRUCTOS AVALIADOS	QUANTIDADE DE ITENS	TIPO DE ESCALA
Social Phobia Inventory (SPIN)	Medo, evitação das situações e os sintomas somáticos	17 itens	Likert de cinco pontos
Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI)	Sintomas somáticos, cognições e comportamentos	45 itens	Likert de sete pontos
Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)	Ansiedade de interação social	20 itens	Likert de cinco pontos
Social Phobia Scale (SPS)	Ansiedade de desempenho	20 itens	Likert de cinco pontos
Situacional Social Avoidance Scale (SSAS)	Evitação de contextos sociais específicos	15 itens	Likert de sete pontos

Fonte: Elaboração própria (2017).

Tais pesquisas de averiguação para diagnóstico do TAS, são produzidas e embasadas em um contexto lógico dedutivo, considerando as influências não verbais, em termos de Skinner (1978), inclinando o recorte para os fatores ambientais e simbólicos específicos que levam o desenvolvimento desse transtorno, afim de possibilitar a intervenção adequada e singular padrão de Ansiedade Social no âmbito escolar.

Ao tratamento Psicoterápico, emerge uma série de estudos que se debruçam sobre a função da psicoterapia nos processos de fobia e medo, entretanto, segundo Isolan et al. (2007), tais pesquisas possuem o enfoque de cura voltado para a faixa etária de adultos, uma vez que em crianças, se torna mais difícil de se aferir a redução dos níveis de ansiedade.

A doença inicia-se na maioria dos casos em adolescentes, com uma duração de tempo extensa associado a outras comorbidades, causando um grau demasiadamente intenso de ansiedade, afetando negativamente o seu crescimento emocional, psicológico e fisiológico, contribuindo para um desenvolvimento com sequelas (VILETE et al., 2006).

Pesquisas epidêmicas afirmam que TAS interfere de forma maléfica no meio social, educacional e ocupacional (MOCHCOVITCH, 2014). Conforme Barbirato e Asbahr (*In* NARDI et al., 2010) essas são as situações que causam os sintomas de ansiedade nos portadores de TAS: (1) ler em frente à classe; (2) fazer apresentação esportiva ou teatral (musical) diante de outros; (3) iniciar uma conversação com pessoas estranha e mantê-la; (4) falar com adultos (que não sejam familiares); (5) escrever em frente a outros; (6) comer em locais públicos; (7) ir a festas; (8) fazer perguntas em sala de aula; (9) brincar com crianças que não sejam familiares; (10) participar de pequenos e grandes grupos; (11) usar banheiros públicos; (12) andar pelo pátio na hora do recreio; e (13) conversar ao telefone na frente de outros.

Em uma pesquisa feita por D'El Rey et al. (2006) teve como resultado um alto índice no impacto na escolaridade dos adolescentes portadores de TAS, cujo método utilizado para análise dos dados foi através do SPIN (VILETE et al., 2006). O estudo foi realizado com 117 alunos, nele continha 49 meninos (42,2%) e 67 meninas (57,8%). Os mesmos incluíam-se na faixa etária de 10 a 17 anos de idade, em uma escola particular na cidade de São Paulo. Conforme o resultado nove alunos, cuja porcentagem é 7,8% pontuaram um número de escore compatível à doença psíquica.

Fernandes et al. (2008) também utilizaram o SPIN para a aplicação e análise dos dados de sua pesquisa. Foi realizado com 493 alunos pertencentes a duas escolas, uma particular e outra pública na cidade de Porto Alegre. Metade dos adolescentes, cuja porcentagem é de 50,91% estudava no ensino médio.

A porcentagem encontrada com os sintomas compatíveis para o diagnóstico de TAS é de 23,12%, nele foi encontrado um menor número de adolescentes com 13 a 15 anos de idade e maior frequência em alunos do ensino médio. Os pesquisadores e autores creem que o TAS está relacionado com a situação pré-vestibular, considerando o fato que a maior porcentagem está incluída no 3º ano do Ensino Médio.

Diante do exposto, é possível atentar para outros atravessamentos circunstanciais e significantes vivenciados pelos adolescentes atendidos pelas

pesquisas supracitadas, isso porque estes esboçam não somente a fala convencional durante a situação aversiva descrita nas avaliações para diagnóstico, o seu interlocutor pode fazer leituras do modo como o mesmo se coloca frente aos holofotes atentos, com a possibilidade de reforçar o comportamento inibitório em público, a situação influencia de forma a reforçar o histórico de inibição social do paciente, a partir daí podemos considerar o comportamento verbal (SKINNER et al., 1978).

Tais pesquisas de averiguação para diagnóstico de TAS são cercadas por método comprobatório e, portanto, cientificamente legitimada, essa legitimação científica possui uma das pedras fundamentais as teorias de Skinner, onde, por exemplo, a contribuição da teoria de influências não verbais, ou seja, os fatores ambientais e simbólicos específicos no momento do diagnóstico.

A possibilidade de o Transtorno de Ansiedade ser tratado é consistente, do ponto de vista da identificação precoce se faz importante, isso porque o portador pode gerar transtornos concomitantes, esses transtornos correlatos são comumente encontrados em pacientes com TAS.

É possível emergir uma trama de doenças relacionadas à ansiedade, entre elas está a depressão, a obesidade e a síndrome do pânico.

Esses indicativos de psicopatologias correlatas dão conta de que há um fio condutor entre o estado psicológico de pacientes e como estes leem os eventos em volta.

Para o tratamento mais assertivo, é necessário se valer de diversas formas de olhar o indivíduo, a depender do caso, lançando mão do que há de mais confiável frente aos sintomas da doença, de modo que possa dialogar com o sofrimento psíquico apresentado. Os estudos relacionados ao tratamento Psicoterápico Cognitivo-Comportamental (TCC) são consistentes e promissores para o transtorno em adultos, entretanto sobre a faixa etária adolescente tais resultados ainda caminham de modo insípido com relação à produção de trabalhos científicos (ISOLAN et al. 2007).

Apesar disso, os tratamentos terapêuticos para o Transtorno de Ansiedade Social incluem: psicanálise, terapia analítica, terapia familiar, terapia de apoio e TCC. Essa última, por meio dos estudos de Kendall (1994), elaborou um estudo com 45 adolescentes, a fim de que estes sinalizassem os sintomas fisiológicos nocivos, alterassem os pensamentos inibitórios, estimulassem a exposição gradual, entre outras atitudes positivas. Depois de 16 semanas de tratamento, 66% dos participantes

da pesquisa não apresentavam mais os critérios para o diagnóstico de Transtorno Ansiedade Social.

Ainda no sentido da eficácia da TCC, Albano et al. (1995) desenvolveram o primeiro programa específico para o tratamento do TAS na adolescência. Tal instrumento foi chamado de Group Cognitive-Behavioral Treatment for Adolescents (GCBT-A), consistia em psicoeducação, treinamento de habilidades sociais, solução de conflitos, treinamento de assertividade, reestruturação cognitiva e exposição às situações aversiva. Numa amostra de cinco adolescentes entre 13 e 17 anos foram tratados durante 3 meses, com acompanhamento parental em algumas sessões. No final do tratamento, quatro deles não apresentavam critérios diagnósticos para TAS.

Além deste, diversos outros estudos com TCC, em modalidade com aconselhamento familiar, sem o fator família, individual ou em grupo emerge ao passo de novos métodos de avaliação (NAUTA et al., 2003; WOOD et al., 2006).

3.2 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DO TAS

Nos modelos cognitivo os portadores do TAS possuem crenças comuns sobre si e o mundo em que está inserido, com pensamentos e sensação de perigo social ou que está em risco por se comportar de maneira imprópria, tendo como resultado, o medo de ser avaliado negativamente e de ser ignorado pelos outros. Clark e Wells (*apud* D'El Rey et al., 2006) criaram um esquema que envolve: *i*) Conceitos específicos e exagerado de como agir socialmente, como “preciso sempre agradar a todos”; *ii*) crenças condicionadas sobre a análise social, como “se eu cometer erros vou ser rejeitado”; e *iii*) crenças centrais de “ser incapaz, inaceitável, anormal ou inferior”.

Portanto, quando o fóbico social se encontra diante uma situação receosa, é ativado um “programa de ansiedade”, iniciando com as crenças de incapacidade e inadequação, resultando em sintomas cognitivos, somáticos e comportamentais, fazendo com que sua atenção fique autofocada, ou seja, um monitoramento maior sobre os seus comportamentos, sentimentos e sensações corporais. Quando o sujeito se percebe diante da situação, há um reforçamento sobre suas crenças, contribuindo para uma aceitação da sua imagem distorcida com influência do que os outros pensarão dele.

Diante dessa demanda o objetivo da terapia cognitivo-comportamental é diminuir a ansiedade e os sintomas fisiológicos perante a situação receosa, como também, reduzir a cognição avaliativa negativa de si e dos outros, a esquivação social e a limitação, assim como, tratar as comorbidades e melhorar a qualidade de vida do paciente.

A TCC age de forma educativa e de natureza focal, dando ênfase aos assuntos discutidos nas sessões e nas tarefas de casa (ITO et al., 2008). O terapeuta trabalha contribuindo de maneira ativa no tratamento. Alguns estudos apontam que no TAS circunscrita, o tratamento pode durar de 12 a 16 sessões semanais tanto em grupo, como individual, ocasionando uma diminuição considerável dos sintomas do transtorno. Ao se tratar do TAS generalizada, o resultado depende de alguns fatores, como a quantidade de comorbidades e do nível dos sintomas, comparado ao subtipo anterior, é um tratamento de maior duração com efeitos mais limitados.

De modo aprofundado, a TCC funciona inicialmente estabelecendo um *rapport*, geralmente devem durar quatro sessões e possui o intuito de fornecer o alicerce necessário para o tratamento, além de definir os objetivos das sessões (DAVID, 2016). No manejo do transtorno de Ansiedade Social, é necessário estimular o paciente a falar sobre suas vivências ansiosas, a fim de obter o vínculo necessário e contribuir para o entendimento do caso (BECK, 2013). O terapeuta cognitivo realiza perguntas abertas sobre o nível de desconforto com situações públicas, acaso o sentimento é comum a outras pessoas em igual situação.

A relação do vínculo entre o terapeuta e o paciente pode ser estruturante ao processo terapêutico, por contribuir para a efetivação das metas alcançadas no tratamento, tendo o encorajamento como o principal fator para a participação ativa do paciente.

O movimento do terapeuta cognitivo, como um auxílio externo no tratamento de pacientes com TAS, se apresenta de modo considerável, haja vista que tais crenças são comumente apresentadas, entretanto as pessoas que não estão angustiadas normalmente costumam testá-las e verificar sua veracidade, uma vez que estas enxergam a realidade como ela realmente se apresenta (BECK, 1997).

Há uma variedade de técnicas utilizadas na TCC para o tratamento do Transtorno de Ansiedade Social. Conforme estudos realizados, as principais técnicas utilizadas são: a reestruturação cognitiva; o treino de relaxamento; o treino de habilidades sociais; e experimentos comportamentais (GUSMÃO et al., 2013).

É necessário orientar-se pela reestruturação cognitiva, pois tal esclarecimento perpassa por identificar quais são as crenças automáticas do paciente, além de guiar-se por um conjunto de procedimentos, como o recurso do exame de evidências, o questionamento socrático e os experimentos comportamentais (GUSMÃO et al., 2013) que possibilitam ao paciente atacar diretamente o pensamento disfuncional, analisando os diálogos internos que circulam no momento de ansiedade (HOPE et al., 2012).

A reestruturação cognitiva ajuda de duas maneiras no componente comportamental: primeiro esse ajuste nos pensamentos faz com que o paciente adote a concentração mais adequada durante a performance expositiva, ao invés de se ater nos seus próprios sintomas físicos. Em segundo lugar, auxilia na evitação, ou seja, paciente realiza experiências positivas (HOPE et al., 2012).

Após identificar os pensamentos automáticos disfuncionais, surge a necessidade de reabilitar os pensamentos e significados mantenedores do transtorno de ansiedade, questionar a validade desses pensamentos automáticos que estão correlatos com as emoções manifestas na crise, bem como identificar os erros cognitivos, como por exemplo, a leitura mental e a generalização, comumente encontrado em pacientes com TAS, e alterá-los (LEAHY, 2011).

Comumente somos interpelados por erros cognitivos, ou seja, equívocos de interpretação que fazem a leitura do ambiente e os eventos que nos cercam. Já a catastrofização figura como um sofrimento antecipado de algo irá acontecer de pior. No caso da leitura mental, o sujeito acredita que conhece os pensamentos e comportamento das outras pessoas, ou que outrem sabe das suas atitudes ou pensamentos, sem evidências alguma. Além disso, a generalização que significa extrapolar uma situação negativa a todas as outras, corriqueiramente é utilizado às palavras sempre, todo, nunca entre outras palavras que remetem a linearidade.

Ao encontrar os pensamentos automáticos disfuncionais, torna-se possível identificar a crença central subjacente, que age criando-os, como também os mantendo. Além de gerar as crenças condicionais que revelam estratégias compensatórias utilizadas para se esquivar das situações constrangedoras. O terapeuta explora do paciente os significados que o mesmo dá a essas crenças identificadas. Para alteração dos pensamentos, crenças e estratégias compensatórias é ocorrida de diferentes formas, alternando conforme a especificidade e objetivo de cada caso (ITO et al., 2008).

As técnicas de relaxamento visam proporcionar ao paciente uma tranquilidade mental e física (WRIGHT et al., 2008), no TAS, elas agem com o intuito de controlar os sintomas de origem fisiológicos causadas pela ansiedade (ITO et al., 2008), seus métodos incluem controle de respiração e relaxamento muscular. Assim, essa técnica é transmitida nas primeiras sessões para o paciente, fazendo com que o ajude a possuir maior controle de suas emoções nas situações ansiosas (GUSMÃO et al., 2013).

No treino em habilidades sociais busca-se desenvolver competências para o sujeito ir à busca dos próprios direitos, expondo suas ideias, recusando pedidos quando necessário, entre outros (FALCONE, 2001). Nisso, incluem como habilidades sociais comportamentos verbais e não verbais e os padrões das ações consequentes deles são: o comportamento assertivo, que se expressa honestamente, havendo um controle maior de si e do ambiente; o não assertivo, que evita confrontações, há sentimentos derrotistas; e o agressivo, que explode, viola o direito do outro (SAVOIA et al., 2000).

Os experimentos comportamentais expõem o paciente a estímulos causadores do seu transtorno de ansiedade social, ocorrendo de forma gradual, utilizando com uma boa frequência a dessensibilização sistemática, ou seja, trabalha inicialmente com os estímulos menos temidos, para aos poucos, poder alcançar o mais temido (WRIGHT et al., 2008).

Pertence a técnica supracitada, duas maneiras de exposição ao ambiente temido: pela imaginação, com a criação de imagens mentais, e exposição *in vivo*, no qual ocorre confrontação com o estímulo eversivo pessoalmente (MULULO et al., 2009a, 2009b; WRIGHT et al., 2008). Essa última técnica, denominada exposição *in vivo*, é geralmente utilizada próximo ao fim do tratamento, pois o paciente está mais preparado e seguro para entrar em contato com o estímulo ansioso. (GUSMÃO et al., 2013).

A terapia deve chegar ao fim quando os sintomas reduzirem consideravelmente, nisso deve-se ser revisado com o paciente tudo o que foi adquirido durante o tratamento, a fim de quando preciso utilizar-se dos ensinamentos, como também educá-lo para uma possível recaída (ITO et al., 2008).

3.3 PREVENÇÃO DE RECAÍDA NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A dialógica utilizada na Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento clínico do Transtorno de Ansiedade Social, estabelece a conexão necessária para o paciente exercitar os ensinamentos e habilidades adquiridas, bem como encarar os sintomas, controlar o estresse, não apenas no processo terapêutico, como também ao longo do tempo e diuturnamente, a fim de desenvolver a autoeficácia (WRIGHT et al., 2010). No suporte à prevenção de recaídas, estudos de Tarrier et al. (2004) observaram que as investigações sobre TCC dedicadas à prevenção de recaída sugerem resultados superiores se comparados ao tratamento clínico habitual, entretanto outros estudos não diretamente voltados aos resultados de longo prazo, não encontraram um benefício adicional da TCC em evitar a recaída (WRIGHT et al., 2010).

Para unir eficiência na prevenção de recaídas e eficácia, não se faz necessário aguardar o término dos atendimentos para implementar as estratégias mantenedoras de ganhos, tal movimento pode emergir logo que os sintomas forem retroagindo, o profissional poderá iniciar o passo seguinte. No intuito de estabelecer o amparo necessário para o paciente seguir habitualmente as tarefas cotidianas, por exemplo, identificar pensamentos automáticos e erros cognitivos, examinar as evidências, fazer registros de pensamento, programar atividades, elaborar tarefas graduais, entre outras tarefas que fazem parte da redução ansiogênica, aprendidos durante o processo terapêutico, mas que pode ser usados na fase de manutenção (WRIGHT et al., 2010).

Em caráter preventivo, se faz necessário, direcionar a atenção do paciente com TAS, à sua fisiologia, ou seja, determinados sinais que servem de gatilhos, munido dos referidos exercícios comportamental-cognitivos, por exemplo: estratégias de prevenção de recaída, a prática das habilidades básicas da TCC, identificar os desencadeadores em potencial da recaída ou piora dos sintomas, envolver a família no planejamento do tratamento de longo prazo, usar as técnicas de ensaio, reforçar o aprendizado com cadernos, bem como enfrentamento de situações temidas ao lidar com a exposição em público, entre outras atitudes (LAZARUS, 1966).

A fim de singularizar as demandas dos pacientes, para tanto exige-se em alguns casos as chamadas sessões de reforço. Neste ponto do processo, é comum para o paciente necessitar de sessões de reforço, como mais um recurso para determinados casos que fogem ao prisma linear. Entende o dispositivo como um espaço onde o terapeuta reavalia as estratégias de prevenção de recaída, colhe

resultados verbalizados pelo próprio paciente, além de reforçar a adesão e comprometimento com o tratamento, bem como em sessões adicionais figurar entre um dos fatores preponderante na diminuição do risco de recaída (JARRET *et al.*, 2001).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Transtornos de Ansiedade Social abrangem diversos sintomas e características, entretanto o cerne dos distúrbios é expresso no padrão adaptativo. O elemento principal obrigatório é o padrão mal adaptativo devido ao surgimento de uma reação ansiosa desproporcional ao perigo real. A referida reação varia em intensidade, frequência, persistência, situações tidas como “gatilhos” e possíveis desdobramentos.

Neste artigo, optamos por descrever a prevalência no público delimitado (adolescentes), quadro clínico e manejo adequado do TAS. Além de expor as ferramentas utilizadas dentro da Teoria Cognitivo-Comportamental, na condução terapêutica do transtorno de ansiedade.

Além do que, a apontada corrente da psicologia configura como destaque no tratamento do Transtorno de Ansiedade Social, destacando-se a Terapia Cognitivo-Comportamental com consideráveis resultados demonstrados por numerosos estudos clínicos.

A presença do transtorno pode acarretar frequentemente diversos prejuízos aos adolescentes, entre os quais a evasão escolar, a redução da capacidade laboral e até mesmo o subemprego. Assim, o diagnóstico e tratamento adequado do TAS poderá trazer benefícios à qualidade de vida, diminuição de sofrimento e das perdas no funcionamento social dos pacientes portadores desta psicopatologia.

Ademais, o precoce diagnóstico e tratamento é comumente fator protetivo contra complicações posteriores, por exemplo, o suicídio (NARDI *et al.* 2014). Entretanto, a detecção desta doença figura como um desafio, uma vez que existe um negligível volume de notificações, sobretudo porque a primeira consulta surge de modo tardio (STEIN, 2008).

Diante do exposto, no manejo e enfrentamento do Transtorno de Ansiedade Social, é possível atentar para outros atravessamentos circunstanciais e significantes vivenciados pelos adolescentes atendidos com o profissional à frente da clínica, pois

estes esboçam não somente a fala convencional durante a situação aversiva, seu interlocutor pode atentar às leituras do modo como o paciente se coloca durante as consultas, por uma serie complexa, compostas por códigos e signos específicos previsíveis.

Neste sentido, perpassam tais linguagens não vocais, possivelmente como elementos mantenedores das crenças disfuncionais, uma vez que estes também podem ser mobilizados pelos exercícios da interferência de outrem sobre o acometido de transtorno de ansiedade, plausível assim interrogar a relação da pessoa exposta a uma situação aversiva, com os demais atores envolvidos na cena estressora ou num dado sistema, qualquer que seja este, composto por objetos não específicos.

A partir disso, é necessário iniciar-se o recorte metodológico para os fatores ambientais e simbólicos, além da avaliação do papel psicodinâmico que afetam a vulnerabilidade individual, necessitando identificar tais circunstâncias que podem contribuir para o desenvolvimento e manutenção desse Transtorno de Ansiedade. Esse nível de discursão se faz de modo pertinente a possibilitar uma intervenção adequada e singular, combinada ao âmbito escolar.

No sentido da postura teórica cognitivo-comportamental, abre-se aqui uma ressalva: é relevante se ponderar em consonância com as exigências do fazer terapêutico, no momento de reclinar-se sobre o sofrimento do outro, necessariamente dotado de olhar holísticos, mediante um ser complexo, com inúmeras variáveis, plural e contextualizado com o meio que habita, além de requerer do terapeuta a visão do sujeito mergulhado no caos e atravessado em uma miríade de valores, por vezes não aparentes.

Segundo Arone (2006), um discurso ou teoria deve se pôr a desconstrução, sob pena de fechar-se em um proselitismo, se tratando da Teoria Cognitivo-Comportamental não pode ser diferente, tal prisma epistemológico é passível de questionamentos, ora descrenças, críticas e debates, a fim de trazer elementos sólidos a partir da veiculação das dúvidas.

É oportuno neste momento, realizar uma discursão não restrita aos manuais cartesianos, que costumeiramente reduzem a vida em uma equação simplificadora, composta por x e y , ou determinada situação, gera aspecto tal no psiquismo do sujeito, sabendo que as questões conflituosas humanas, raramente cabem em qualquer hermética receita.

Pertinente, portanto, trazer à tona a alegoria platônica, onde o filósofo grego

ilustra o mito da caverna como forma de esquadrinhar, dentre outras questões, a busca humana pelo belo, a aparência como sentido de vida, acarretando a fuga da dor e a busca pelo prazer.

Na perspectiva da clínica, o estado do bem-estar se coloca como algo inerente à teoria dos referidos manuais, negligenciando o conteúdo específico da demanda clínica, em detrimento a uma sensação ilusória de segurança no fazer terapêutico.

Oportuno ressaltar, a devida importância do filósofo René Descartes (1596-1650), para a descoberta e avanço do método científico. O termo cartesiano encontra-se banalizado dentro e fora da academia, sendo relacionado à mera e superficial racionalidade no manejo de elementos diversos. Ao posicionarmos tal postura linear na relação terapêutica, frente a um caso de TAS, entre adolescente, há risco eminente do profissional negligenciar a porção metafísica do ser, uma vez que a maior parte da sua produção é de natureza obscura e não pueril (SCHIOCHETT, 2015).

Daí, se torna dever do profissional fazer uso de uma visão holística, por mais recorte que seja servido no *setting* terapêutico, há perdas irreparáveis para o entendimento geral do caso clínico.

Um discurso consistente de ideias rígidas, sem fluidez e relatividade, é passível de inadequações na compreensão dos sentidos diversos trazidos pelo paciente interlocutor, em direção ao objeto de estudo examinado (ARONE, 2006).

Desse modo, está mais do que na hora de sugerir terapêuticas alinhadas à Teoria Cognitivo-Comportamental em consonância com o objeto complexo, dinâmico e caótico manejado na clínica: o ser humano. Entretanto, a TCC, assim como a ciência da Psicologia, grosso modo, se apresenta como um saber científico relativamente recente e, nas sabias palavras de Karl Marx, podemos inferir, certamente: “estamos só no começo”.

REFERÊNCIAS

ALBANO, A. M. et al. Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents: a preliminary study. **Journal of Nervous and Mental Disease**. 183: 649-656,1995. Disponível em: <http://journals.lww.com/jonmd/Abstract/1995/10000/Cognitive_Behavioral_Group_Treatment_for_Social.6.aspx>. Acesso em: 25. out. 2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbio Mentais (DSM-III)**. São Paulo: Manole, 1989.

_____. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARONNE, Ricardo. **Direito civil-constitucional e Teoria do caos**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

BECK, Judith. **Terapia Cognitivo-Comportamental Teoria e Prática**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2013.

_____. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre/RS: Artes Médicas, 1997.

BEIDEL, D. C. et al. **Social phobia**. En T. H. Ollendick, N. J. King & W. Yule (Eds.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. p. 111-129. New York: Plenum Press. 1994.

CONNOR, K. M. et al. **Psychometric Properties of Social Phobia Inventory (SPIN)**. *Br J Psychiatry* 176: 379-86, 2000.

CHAVIRA, Denise A. et al. Childhood social anxiety disorder: From understanding to treatment. **Child & Adolescent Psychiatric Clinics**. 14 (4), 797-818, out. 2005. Disponível em: < [http://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993\(05\)00053-2/fulltext](http://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993(05)00053-2/fulltext)>. Acesso em: 27 set. 2017.

CHEN, X. et al. Authoritative and authoritarian parenting practices and social and school performance in Chinese children. **International Journal of Behavioral Development**, 21(4), 885-873. 1997.

CROZIER, W. Ray et al. **International handbook of social Anxiety. Concepts, research and interventions relating to the self and shyness**. 2001. England: Willey Furmark, T. (2000). Social phobia. From epidemiology to brain function. (Unpublished master's thesis). Uppsala University, Sweden.

DAVID, H. **Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: Tratamento Passo a Passo**. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2016.

D'EL REY, G. J. F.; PACINI, Carla Alessandra; CHAVIRA, Dionísio J. Fontes. Fobia social em uma amostra de adolescentes. **Estudos de Psicologia (natal)**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.111-114, abr. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-294x2006000100013>.

FALCONE, E. M. O. et al. O processamento cognitivo da ansiedade na fobia social. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 28, n. 6, p. 309-312, 2001.

FERNANDES, G. C. et al. Fobia social: estudo da prevalência em duas escolas em Porto Alegre. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 2, p.122-126, 2008. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852008000200007>>. Acesso em: 23. out. 2017.

FONSECA, Patrícia N. da. et al. Hábitos de estudo e estilos parentais: estudo correlacional. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 18, n. 2, p. 337-345, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/2175-3539/2014/0182755>>. Acesso em: 20. out. 2017.

FOUCAULT, MICHEL. **História da Loucura**. 10. ed. São Paulo: Perspectiva, 2014.

GONZAGA, L. R. V. et al. Ansiedade de provas em estudantes do Ensino Médio. **Psicologia Argumento**, jan./mar., v. 34, n. 84, p. 76-88, 2016. Disponível em:<<http://doi: 10.7213/psicol.argum.34.084.AO07>>. Acesso em: 15. set. 2017.

GUSMÃO, E. É. da S. et al. Contribuições da terapia cognitivo-comportamental para o tratamento da fobia social. **Revista brasileira de terapias cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 118-125, dez. 2013. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20130016>>. Acesso em: 12. set. 2017.

HOLANDA, Aurélio. **Dicionário da Língua Portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977. 506p.

HOPE, DEBRA A. et al. **Vencendo a Ansiedade Social Com a Terapia Cognitivo-comportamental**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2012.

ISOLAN, Luciano et al. Tratamento do transtorno de ansiedade social. Porto Alegre. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 3, p. 25-132, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n3/a04v34n3>>. Acesso em: 02. set. 2017.

ITO, Lígia M. et al. Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 2, p.96-101, out. 2008. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462008000600007>>. Acesso em: 23. out. 2017.

JARRETT, R. B. et al. Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase: a randomized clinical trial. **Arch Gen Psychiatry**, v. 58, n. 4, p. 381-388, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1307495/>>. Acesso em: 22. out. 2017.

KENDALL, P. C. Treating anxiety disorders in children: results of a randomized controlled trial. **Jornal Consult Clinic Psychol**, v. 62, n. 1, p.100-110, 1994. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8034812>>. Acesso em: 13. set. 2017.

LADER, Malcolm. **Clinical Anxiety and the benzodiazepines**. In: Palmer GC, editors. Neuropharmacology of central nervous system and Behavioral disorders. New York: Academic Press, 1981. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/580986>>. Acesso em: 22. out. 2017.

LAZARUS, R. S. **Psychological stress appraisal, and coping**. New York: Springer,1966.

LEAHY, L. R. **Livre de ansiedade**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

LIBERAL, Edson Ferreira. et al. Escola segura. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, nov. 2005, v. 81, n.5, p. s155-s163. ISSN 0021-7557. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v81n5s0/v81n5Sa05.pdf>>. Acesso em: 22. ago. 2017.

LOWE, P. A. et al. The Test Anxiety Inventory for Children and Adolescents (TAICA): Examination of the psychometric properties of a new multidimensional measure of test anxiety among elementary and secondary school students. **Journal of Psychoeducational Assessment**, v. 26, n. 3, p. 215-230, 2008. Disponível em: <doi: <http://10.1177/0734282907303760>>. Acesso em: 17. nov. 2017.

MARKS, I. M. et al. Different ages of onset in varieties of phobia. **American Journal of Psychiatry**, v. 123, n. 2, p. 218-221. ago.1966. Disponível em:< <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.123.2.218>>. Acesso em: 02. ago. 2017.

MOCHCOVITCH, M. D. **Epidemiologia**. In: A. E. Nardi, J. Quevedo, & A. G. Silva (orgs). Transtorno de ansiedade social: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 23-27.

MULULO. S. C. C. et al. Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 36, n. 6, p. 221-228, 2009a. Disponível em:< http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872013000200007>. Acesso em: 15. out. 2017.

_____. Eficácia do tratamento cognitivo e/ou comportamental para o transtorno de ansiedade social. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 3, p. 177-186. 2009b. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3/a07v31n3>>. Acesso em: 04. out. 2017.

NAUTA, M. H. et al. Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: no additional effect of a cognitive parent training, **Jornal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 42, n. 11, p. 1270-1278, nov. 2003. Disponível em:< <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709620992>>. Acesso em: 03. out. 2017.

NARDI, A. E. et al. **Transtornos de ansiedade**: Transtorno do pânico e Transtorno de ansiedade social. Porto Alegre-RS: Artmed, p. 27, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de Doenças (CID-10)**. 10. ed. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1992.

PINE, D. S. et al. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. **Arch Gen Psychiatry**, v. 55, p. 56-64, jan.1998. Disponível em:<

<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/189668>>. Acesso em: 22. set. 2017.

POLLACK, M. H. Comorbidity, Neurobiology, and Pharmacotherapy of Social Anxiety Disorder. **Jornal Clinic Psychiatry**, v. 62, suppl. 12, p. 24-9, 2001. Disponível em: < http://www.touchophthalmology.com/sites/www.touchoncology.com/files/migrated/articcles_pdfs/Pollack.pdf>. Acesso em: 22. out. 2017.

REPPOLD, C. T. et al. **Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: Uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais**. In: C. S. Hutz (Org.), Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: Aspectos teóricos e estratégias de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 7-51.

ROSEN, J. B. et al. From normal fear to pathological anxiety. **Psychological Review**, v.105, p. 325-350, 1998. Disponível em:< <http://psycnet.apa.org/record/1998-01102-006>>. Acesso em: 02. out. 2017.

SALABERRÍA, K. et al. La exposición como tratamiento psicológico em un caso de fobia social de tipo generalizado. **Análisis y Modificación de Conducta**, v. 21, p. 305-326. 1995. Disponível em:< http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272014000100005&script=sci_arttext&lng=en>. Acesso em: 06. out. 2017.

SALVO, Caroline. Práticas educativas parentais e comportamentos de proteção e risco à saúde em adolescentes. 2012. 100f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná, Irati, 2013. **Adolescência e Saúde**, v. 10. n. 2, p. 73-75, 2013. Disponível em:< http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=373>. Acesso em: 03. out. 2017.

SANG, Ernesto. **Estilos de Apego e Bem-Estar Psicológico em Adolescentes Colegiais: Influência de Gênero e Etnia (Oriental vs Ocidental)**. 2009. 140f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em:< <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47132/tde-09122009-090950/en.php>>. Acesso em: 07. out. 2017.

SAPIENZA, G. et al. **Competência Social e Práticas Educativas Parentais em Adolescentes com Alto e Baixo Rendimento Acadêmico**. In: Psicologia: Reflexão e Crítica. Universidade Federal de São Paulo. 2009. p. 208-213. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n2/a06v22n2.pdf>>. Acesso em: 05. out. 2017.

SARASON, I. G. **The test anxiety scale: Concept and research**. In: C. D. Spielberger & I. G. Sarason (Eds.), Stress and anxiety. v. 5, p.193-216. Washington: Hemisphere, 1978. Disponível em:< <http://psycnet.apa.org/record/1984-22217-001>>. Acesso em: 24. out. 2017.

_____. **Test anxiety**. In: H. Leitenberg (Ed.), Handbook of social and evaluative anxiety. New York: Plenum Press,1990. p. 475-496.

SAVOIA, M. G. et al. Tratamento psicoterápico da fobia social: Abordagem comportamental cognitiva. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 27, p. 335-339, São Paulo, nov.-dez. 2000. Disponível em:< <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-279819>>. Acesso em: 05. out. 2017.

SCHIOCHETT, Daniel. A metafísica como essência do homem em Heidegger. **Pensando - Revista de Filosofia**, v. 6, n.11, 2015. Santa Catarina. Disponível em:< <http://revistas.ufpi.br/index.php/pensando/article/view/3325>>. Acesso em: 03. out. 2017.

SKINNER, Burrhus Frederic. **O comportamento Verbal 1904**. Trad. Maria da Penha Vilalobos. São Paulo: Cultrix. Universidade de São Paulo, 1978.

SPIELBERGER, C. D. et al. **Test anxiety**: A transactional process. In: C. D. Spielberger, & P. R. Vagg (Eds.), **Test anxiety: Theory, assessment, and treatment**, p. 3-14, 1995. Disponível em:< <http://psycnet.apa.org/record/1984-22217-001>>. Acesso em: 24. out. 2017.

STEIN, M. B. et al. Public-speaking fears in a community sample: prevalence, impact on functioning, and diagnostic classification. **Archives of General Psychiatry**, v. 53, n. 2, p.169-174, fev.1996. Disponível em:<<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/497538>>. Acesso em: 21. out. 2017.

_____. Social Anxiety disorder. **Lancet**, v. 37, n. 1, p. 115-125, 2008. Disponível em:<<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/497538>>. Acesso em: 21. out. 2017.

TARRIER, N. et al. Is there evidence that cognitive behavior therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale? **Behaviour Research Therapy**, v. 42, n. 12, p.1377-1401, dez. 2004. Disponível em:< <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796704001767>>. Acesso em: 14. out. 2017.

VILETE, L. et al. Adaptação transcultural para o português do Social Phobia Inventory (SPIN) para utilização entre estudantes adolescentes. Rio Grande do Sul. **Revista de Psiquiatria**, v. 28, n. 1, p. 40-8, 2006. Disponível em:<doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082006000100006>>. Acesso em: 02. out. 2017.

WEBER, Lídia N. D. et al. Continuidade dos estilos parentais através das gerações-transmissão intergeracionais de estilos parentais. **Paidéia**, v.16, n. 35, p. 407-414, 2006. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/html/3054/305423756011/>>. Acesso em: 01. out. 2017.

WITTER, G. P. et al. Avaliação da Pós-Graduação na PUCCAMP: Auto e hetero-avaliações. São Paulo, **Estudos de Psicologia**, v. 13, n. 2, p. 3-10, 1996. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/html/946/94628208/>>. Acesso em: 08. out. 2017.

WOOD, J. J. et al. Family-cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. **Jornal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 45, n.

3, p. 314-321, mar. 2006. Disponível em:<
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709620220>>. Acesso em:
 29. out. 2017.

WRIGHT, J. H. et al. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**: Um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2008.

_____. **Terapia Cognitivo-comportamental para Doenças Graves**. São Paulo: Artmed, 2010.

WU, Wen-chi et al. Defending behaviors, bullying roles, and their associations with mental health in junior high school students: a population-based study. **BMC Public Health**, Taiwan, v. 16, n. 1066, 10. out. 2016. Disponível em:<
<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3721-6>>. Acesso em: 04. set. 2017.

ZEIDNER. M. **Test anxiety**: The state of the art. New York: Plenum Press, 1998.

AUTORES

Carol Roberta de Sousa Félix - Autora, graduanda do Curso de Psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte - UNIRN. Natal/RN. E-mail: carolrfelix94@gmail.com

Pablo de Vasconcelos Molick - Autor, graduando do curso de Psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte - UNIRN. Natal/RN. E-mail: pablomolick@gmail.com

Marianna Carla Maia Dantas de Lucena - Orientadora, doutoranda do programa de pós-graduação em Ciências da Saúde/UFRN. Especialista em Psicologia da Saúde, Desenvolvimento e Hospitalização. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Mestre pelo programa de Pós-Graduação em Psicologia na UFRN. Docente em psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte - UNIRN. Natal/RN. E-mail: mariannacarla.lucena@gmail.com

AGRADECIMENTOS

Carol Roberta de Sousa Félix

Gostaria de agradecer a Deus por ter me dado a oportunidade de realizar um sonho.

Aos meus familiares, principalmente minha mãe por ter acreditado na minha

capacidade e se esforçado para me manter na capital durante todos esses anos.

Agradeço ao meu namorado e aos meus amigos por contribuir diariamente com apoio e afeto, como também a instituição e a orientadora Marianna Carla por me ajudarem a concluir um ciclo importante da minha vida.

Pablo de Vasconcelos Molick

A todos que colaboraram com o meu desenvolvimento pessoal e que me estimularam na realização desta árdua e gratificante tarefa de amar a Psicologia.

Ao meu amado Pai, Fernando Antônio de Vasconcelos Molick, que com profundo amor e dedicação me viu crescer, verdadeiramente.

Aos que buscam se melhorar, dedico.

Natal/RN, artigo científico depositado em 01 de dezembro de 2017, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Bacharel em Psicologia no Centro Universitário do Rio Grande do Norte - UNIRN.