



**ASSOCIAÇÃO PARADIGMA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DO COMPORTAMENTO**

**Marina Rafaela Dantas Pedro**

**Treino de Efetividade Interpessoal da DBT (*Dialectical Behavior Therapy*) para  
ansiedade social: um estudo piloto.**

**São Paulo**

**2019**



**ASSOCIAÇÃO PARADIGMA  
CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DO COMPORTAMENTO**

**MARINA RAFAELA DANTAS PEDRO**

**Treino de Efetividade Interpessoal da DBT (*Dialectical Behavior Therapy*) para  
ansiedade social: um estudo piloto.**

Dissertação de mestrado apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre Profissional em Análise do Comportamento Aplicada ao Programa na Associação Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento sob orientação do Prof. Dr. Jan Luiz Leonardi.

**São Paulo**

**2019**

MARINA RAFAELA DANTAS PEDRO

**Treino de Efetividade Interpessoal da DBT (*Dialectical Behavior Therapy*) para  
ansiedade social: um estudo piloto.**

Dissertação de mestrado apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre Profissional em Análise do Comportamento Aplicada ao Programa na Associação Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento sob orientação do Prof. Dr. Jan Luiz Leonardi.

Banca Examinadora

\_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos fotocopiadores ou eletrônicos.

Local e data \_\_\_\_\_

Marina Dantas Pedro

## AGRADECIMENTOS

À **minha mãe, Elza**, pelo amor e carinho incondicionais, e pelo maior exemplo de batalhas e conquistas pelas coisas mais bonitas da vida.

Ao **meu pai, João**, pelo amor e carinho incondicionais, e pelo maior exemplo de dedicação ao conhecimento e sabedoria.

Ao **tio Beto**, pelo amor, carinho, cuidado e pelo melhor exemplo de profissional e de ser humano.

Ao **Denis**, pelo amor, carinho, alegria, pelos momentos mais gostosos de parcerias em trabalhos, e disponibilidade em sempre me ajudar e me ensinar.

Ao **Alê**, pelo apoio e torcida, e por compartilhar na vida amor, cuidado, leveza e paciência.

Ao meu orientador, **Jan**, pelo exemplo de profissional, pelo conhecimento ensinado, por ter acreditado e por me fazer acreditar nesse trabalho.

Ao **Fellipe**, que com tanto profissionalismo, cuidado e dedicação fez tanto para que esse trabalho desse certo.

Aos meus eternos **professores tão admirados do Paradigma**; Roberto, Denis, Joana, Roberta, Candido, Fernando, Saulo, Denigés, Cássia Thomaz, Cássia da Hora, Clarissa, Clau, Will e Liane. Por momentos diferentes que pude ter o prazer de aprender um pouquinho com vocês!

Aos colegas de Mestrado, especialmente **Mafê, Isa, Tiago e Gabriel**; pelo compartilhar de momentos especiais nessa fase.

Aos amigos que sempre me motivaram mesmo sem saber; **Mafê, Cainã e Bernardo**.

## RESUMO

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS) é caracterizado como transtorno psiquiátrico quando o indivíduo apresenta sintomas recorrentes, intensos e desproporcionais de medo, fuga e de antecipação em relação ao seu desempenho diante de outras pessoas e/ou situações que considerar como aversivas. Ao se deparar com este tipo de contexto, o indivíduo tende a agir de modo a evitar, paralisar, fugir, agredir, e até se de submeter, ao invés de se comportar de maneira efetiva nessas interações. Para a psicologia, o estudo das habilidades interpessoais possibilita a identificação de repertórios específicos e necessários para atingir sucesso em interações de indivíduos que apresentam déficits no desempenho de adaptabilidade social. Desta forma a pesquisa de materiais que possam contribuir para a aquisição e desenvolvimento de comportamentos socialmente eficazes se faz importante neste campo. Diante desta questão a presente pesquisa tem por objetivo verificar a eficácia do módulo de Eficácia Interpessoal como parte do Treinamento de Habilidades da Terapia Comportamental Dialética (Dialectical Behavior Therapy - DBT) para esta população, mesmo não tendo sido desenvolvido especificamente para este quadro clínico, mas principalmente, por apresentar treinamento direto de repertórios considerados como basais para a melhora evidente deste transtorno. O estudo foi realizado com o método Quase-Experimento com 3 participantes e os instrumentos de mensuração utilizados foram a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS), Inventário de Fobia Social (SPIN) e do Outcome Questionnaire (OQ-45). Os resultados obtidos revelaram que para a P1 foram encontradas mudanças clinicamente significantes se comparadas as fases pré e pós teste que se mantiveram no follow-up; para o P2 foram encontradas mudanças clinicamente significantes se comparadas as fases pré e pós teste, mas os resultados não se mantiveram no follow-up; e para o participante P3 foram encontradas mudanças clinicamente significantes nas fases pré e pós teste, mas não foi possível medir a fase de follow-up. Pode-se afirmar que este estudo piloto forneceu dados úteis que podem contribuir para aprimorar estudos futuros que visam testar a eficácia do módulo de Efetividade Interpessoal da DBT para o TAS.

**Palavras-chave:** Transtorno de Ansiedade Social; DBT; Treino de Efetividade Interpessoal; Habilidades Sociais; Fobia Social; Psicoterapia Comportamental.

## ABSTRACT

Social Anxiety Disorder (TAS) is characterized as psychiatric disorder when the individual presents recurrent, intense and disproportionate symptoms of fear, escape and anticipation in relation to his/her performance towards other people and / or situations he/she they consider as aversive. When faced with this kind of context, the individual tends to act in ways that prevent, paralyze, escape, assault, and even submit rather than behave effectively in these interactions. For psychology, the study of interpersonal skills enables the identification of specific and necessary repertoires to achieve success in interactions of individuals with deficits in social adaptability performance. Thus the research of materials that can contribute to the acquisition and development of socially effective behaviors is important in this field. Given this issue the present research aims to verify the effectiveness of the Interpersonal Effectiveness module as part of the Dialectic Behavioral Therapy (DBT) Skills Training for this population, even though it was not specifically developed for this clinical picture, but mainly because it presents direct training of repertoires considered baseline for the evident improvement of this disorder. The study was conducted using the quasi-experiment method with 3 participants and the evaluation instruments used were the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), Social Phobia Inventory (SPIN) and the Outcome Questionnaire (OQ-45). The results showed that for the participant P1 were found clinically significant changes compared to the pre and post test phases that remained in the follow-up; for participant P2, clinically significant changes were found when compared to the pre and post test phases, but the results were not maintained at follow-up; and for participant P3, clinically significant changes were found in the pre and post test phases, but it was not possible to measure the follow-up phase. It can be stated that this pilot study provided useful data that may contribute to improve future studies aimed testing the effectiveness of DBT's Interpersonal Effectiveness module for TAS.

**Keywords:** Social Anxiety Disorder; DBT; Interpersonal Effectiveness Training; Social skills; Social Phobia; Behavioral Psychotherapy.

## LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Resultados dos instrumentos para P1 .....	29
<i>Figura 2.</i> Resultados dos instrumentos para P2 .....	32
<i>Figura 2.</i> Resultados dos instrumentos para P3 .....	35

## LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1.</i> Cronograma de aplicação de Estudo pré e pós intervenção .....	24
<i>Tabela 2.</i> Aplicação das fichas de acordo com cada sessão .....	25

## **Sumário**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>MÉTODO</b>	<b>18</b>
<b>Participantes</b>	<b>18</b>
<b>Terapeuta</b>	<b>19</b>
<b>Ambiente de coleta de dados</b>	<b>19</b>
<b>Materiais utilizados</b>	<b>19</b>
<b>Instrumentos</b>	<b>20</b>
<b>Considerações Éticas</b>	<b>22</b>
<b>Delineamento</b>	<b>22</b>
<b>Procedimento</b>	<b>23</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>28</b>
<b>DISCUSSÃO</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>43</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO A</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO B</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO C</b>	<b>48</b>
<b>ANEXO D</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO E</b>	<b>54</b>



O transtorno de ansiedade social (TAS), nomeado anteriormente por fobia social, é caracterizado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V; American Psychiatric Association, 2014) como sentimento de medo ou de ansiedade exacerbado e recorrente a respeito da observação e avaliação negativa de outras pessoas sobre o próprio comportamento, e vergonha de se expor a esse tipo de situações.

Diante de contextos sociais, o indivíduo com Transtorno de Ansiedade Social teme agir de modo embaraçoso e/ou ser visto como fracassado, podendo apresentar dificuldade de desempenho nas seguintes situações: falar em público, interagir com pessoas, participar de atividades em grupo, alimentar-se na presença de pessoas, participar de eventos sociais, participar de processos avaliativos, falar com pessoas que representam autoridade, entre outros (DSM-V; American Psychiatric Association, 2014). Tais situações são consideradas perigosas por envolver componente de ameaça e risco em potencial ou real que tendem a evocar e eliciar padrões comportamentais característicos dos transtornos ansiosos (Geraldi-Ferreira & Britto, 2013).

A resposta de ansiedade é compreendida como um estado/episódio emocional desagradável, associado a reações desproporcionais a respeito de eventos futuros e que se manifesta com desconforto subjetivo com alteração da respiração, palpitação, sudorese, rubor no rosto, boca seca, tremores dos membros, alteração na fala, entre outras. As respostas de medo e ansiedade não caracterizam necessariamente um problema, já que foram selecionadas na evolução da espécie e são compreendidas como adaptativas para comportamentos de defesa perante situações de risco (Geraldi-Ferreira & Britto, 2013; Roso & Ito, 1994).

A análise comportamental do Transtorno de Ansiedade Social tem como elemento central a contingência de fuga-esquiva. A resposta ansiosa é mantida quando o indivíduo passa a agir de modo a amenizar, adiar ou retirar a apresentação de um evento aversivo, que pode ser de natureza pública ou privada. Ademais, em situações nas quais o indivíduo se depara com a sinalização de eventos (pré) aversivos, pode emitir respostas características de agressão, paralisação, fuga, esquiva, defesa ou submissão em relação ao estímulo que representa ameaça. Estas respostas envolvem também alterações fisiológicas e sensações corpóreas que variam a depender da história de vida do indivíduo (Banaco & Zamignani, 2005).

Esse padrão comportamental caracteriza o medo, que pode ser classificado como “patológico” ou “fóbico”, quando as reações do indivíduo são desproporcionais à ameaça representada pela situação real. Esta reação é incontrolável para o indivíduo, que tende a agir de forma a fugir e evitar os sentimentos característicos de medo e/ou ansiedade associados (Roso & Ito, 1994).

Ao se comportar desta maneira se estabelece padrão de comportamentos repetitivos: diante de uma situação que sinalize perigo, os processos respondentes interferem no desempenho operante, gerando uma interação social insatisfatória o que, por sua vez, gera mais ansiedade (com seus respectivos respondentes), prejudicando ainda mais o desempenho operante. Perante experiências deste tipo, se desenvolvem respostas de ansiedade antecipatória, semelhantes às respostas de medo, levando o indivíduo a evitar se expor a situações sociais futuras (Banaco & Zamignani, 2005; Burato, Crippa & Loureiro, 2009; Geraldi-Ferreira & Britto, 2013). Ao ser exposto a repetidas situações de fracasso social, as respostas emitidas pelo indivíduo nessas ocasiões, por aproximação temporal com outras situações compreendidas como aversivas, podem também adquirir função aversiva para comportamentos seguintes (Banaco & Zamignani, 2005).

Indivíduos com padrão comportamental ansioso, costumam apresentar limitações no repertório de habilidades interpessoais e habilidades de enfrentamento e resolução de problemas, o que prejudica de maneira significativa o seu funcionamento e desempenho, com importante impacto na qualidade de vida. Diante desta questão, é provável que a pessoa se comporte de modo a produzir poucas consequências reforçadoras, já que más respostas são direcionadas à eliminação de situações aversivas que podem se tornar proeminentes perante outros repertórios comportamentais, restringindo e empobrecendo o repertório comportamental (Banaco & Zamignani, 2005).

A aplicação de técnicas e estratégias para o manejo do Transtorno de Ansiedade Social exige um olhar cuidadoso na análise funcional. Quando há dados suficientes para compor a análise funcional é possível identificar potenciais reforçadores positivos, além de identificar habilidades e déficits existentes no repertório do indivíduo, para então realizar o planejamento de intervenção que visa aprimorar e desenvolver um repertório comportamental para lidar de maneira mais efetiva na produção e obtenção desses reforçadores (Banaco & Zamignani, 2005).

No Transtorno de Ansiedade Social o padrão dos pacientes refere-se a um repertório deficitário em ser capaz de comportar-se de maneira habilidosa nas relações interpessoais. De acordo com Bolsoni-Silva (2002), os seres humanos passam boa parte do seu tempo de vida em interações que envolvem comunicação interpessoal. Por esta razão, aprender habilidades sociais pode promover a qualidade destas interações, aumentando assim a probabilidade futura de contato com tais reforçadores, além de prevenir possíveis problemas psicológicos resultantes do insucesso nas interações sociais.

As habilidades sociais também têm sido abordadas como parte das dificuldades que compõem outros tipos de queixas clínicas e diagnósticos psiquiátricos. Há diversas propostas terapêuticas voltadas para o desenvolvimento de repertórios de habilidades sociais.

Dentre as modalidades terapêuticas que incluem componentes voltados ao desenvolvimento de habilidades sociais, encontra-se a Terapia Comportamental Dialética, considerada padrão ouro no tratamento do transtorno de personalidade Borderline (Linehan, 2010). Nessa abordagem terapêutica, o déficit nas habilidades sociais é tratado enquanto aspecto importante na constituição do sofrimento clínico do indivíduo, sendo proposto, para seu desenvolvimento, o módulo de efetividade interpessoal.

A Terapia Comportamental Dialética (DBT, do inglês Dialectical Behavior Therapy) é uma abordagem psicoterápica que foi desenvolvida por Marsha Linehan no final da década de 1970 e início da década de 1980, baseada nas práticas Zen Budistas, na filosofia dialética e na ciência da análise do comportamento. A combinação e organização destas estratégias terapêuticas sustentam uma abordagem interventiva baseada em princípios flexíveis que possibilitam a aplicação individual da DBT adaptada à demanda de cada caso (Leonardi, 2018).

O modelo de tratamento padrão DBT é formado por quatro componentes: Terapia individual, treino de habilidades em grupo, coaching telefônico e consultoria de caso da equipe (Behavioral Tech, 2015; Koerner, 2012; Linehan, 2010). Estes componentes são orientados por princípios que permitem ao terapeuta e/ou a equipe responsável pelo caso aplicar ou não os procedimentos interventivos chamados de “Fichas” a depender da demanda e da avaliação realizada, flexibilizando assim o modelo ideal de tratamento a ser aplicado para cada indivíduo (Koerner, 2012; Leonardi, 2018; Linehan, 2010).

Para o que tange este estudo foi utilizado apenas o treino de habilidades, que é um modelo estruturado de intervenção que visa desenvolver e aprimorar o repertório do participante de pesquisa focando em habilidades de aceitação e habilidades de mudança.

Tradicionalmente realizado em grupo uma vez por semana, este modelo foca-se no desenvolvimento de quatro habilidades comportamentais: mindfulness, eficácia interpessoal; regulação emocional e habilidades de tolerância ao estresse (Koerner, 2012; Leonardi, 2018; Linehan, 2010).

O módulo de Efetividade Interpessoal é dividido em três seções que se propõem a instalar e desenvolver padrões comportamentais que sejam efetivos nas interações sociais a depender dos objetivos do indivíduo em relação a uma dada situação específica (Linehan, 2010, Linehan, 2018a).

A primeira seção, nomeada “Efetividade interpessoal”, foca no desenvolvimento de habilidades interpessoais para conseguir cumprir metas e resolver problemas que vão ao encontro dos valores pessoais do indivíduo ao mesmo tempo em que se mantém relações saudáveis ao agir com autorrespeito.

A segunda seção é composta por dois objetivos centrais. O objetivo nomeado “Adquirir objetivos habilidosos” foca em estratégias de desenvolvimento e manutenção de relacionamentos de modo a construir habilidades que promovam repertórios necessários para criar e estabelecer vínculos efetivos. Já o objetivo nomeado “Construir relações construtivas e terminar relações destrutivas”, foca em estratégias para o desenvolvimento de repertórios que diminuam o isolamento do indivíduo de modo a encerrar relações não saudáveis e/ou destrutivas (Linehan, 2010, Linehan, 2018a).

A terceira seção chamada “Percorrer o caminho do meio”, tem como objetivo a construção de repertórios necessários para lidar com equilíbrio nas questões de relacionamento que envolvam processos de mudança e aceitação (Linehan, 2010, Linehan, 2018a).

Cada seção é composta por diferentes fichas de habilidades e de tarefas que treinam habilidades com objetivos específicos. Essas fichas podem ser selecionadas pelo terapeuta para “montar” a sua intervenção a depender da demanda de seu cliente. Linehan (2018a), sugere que algumas fichas sejam aplicadas “obrigatoriamente” e outras fichas aplicadas a critério do terapeuta – geralmente pautado em decisões acerca da demanda, se o atendimento será realizado em grupo ou individual e do tempo disponível para a realização do tratamento.

Três destas fichas ganham destaque no módulo de Eficácia Interpessoal e são representadas por acrônimos em língua inglesa<sup>1</sup>, que têm a função de facilitar o participante de pesquisa a lembrar-se das principais habilidades a serem desenvolvidas em cada seção.

A primeira ficha utiliza o acrônimo de “DEAR MAN” e representa as habilidades que o indivíduo deve desenvolver para obter o que se deseja alcançar: descrever a situação; expressar-se claramente; afirmar desejos; reforçar o outro; (permanecer) consciente; parecer confiante e negociar (Linehan, 2010, Linehan, 2018a).

A segunda ficha utiliza o acrônimo “GIVE” e representa as habilidades que o indivíduo deve praticar para manter e efetivar relacionamentos saudáveis: ser gentil; agir com interesse; validar o outro; agir de maneira a facilitar/propiciar relações.

A terceira ficha utilizada o acrônimo “FAST” e representa as habilidades necessárias para promover a efetividade nas situações que envolvam autorrespeito do indivíduo, ao mesmo tempo que garanta a autoestima do outro: ser justo; não se desculpar indiscriminadamente, agir de acordo com valores e ser verdadeiro (Linehan, 2010, Linehan, 2018a).

Dizia-se recentemente que os dados produzidos a partir da aplicação do treino de habilidades padrão da DBT não eram suficientes para sustentar empiricamente o manejo do terapeuta para alcançar forma e estrutura adequadas de intervenção. Diante desta questão podemos citar a seguir alguns estudos realizados que sustentam empiricamente o manejo do terapeuta quando se utiliza da combinação de habilidades da DBT em diferentes populações para obter desenvolvimento e ampliação de repertórios comportamentais mais efetivos.

Podemos citar o estudo que consistiu na aplicação da DBT para distúrbio de alimentação, realizado por Roosen et al. (2012). Este estudo foi realizado na Holanda com 35 participantes e consistiu na aplicação dos módulos de Mindfulness, Regulação Emocional e Tolerância ao Estresse da DBT, em 20 sessões de terapia em grupo, para população com anorexia nervosa em adultos num regime laboratorial. Os resultados apontaram que os participantes se beneficiaram após a implementação deste estudo para a redução de aspectos considerados importantes nos quadros de transtornos alimentares, tais como o comer emocional, comer em excesso ou com compulsão, redução e manutenção de peso, além de contenção dietética.

---

<sup>1</sup> É importante ressaltar que os acrônimos têm funcionalidade na língua inglesa e

Outro estudo que foi realizado em Washington, nos Estados Unidos por Blackford & Love (2011), consistiu na aplicação dos módulos de Eficácia Interpessoal, Mindfulness, Regulação Emocional e Tolerância ao Estresse da DBT, para o treinamento de habilidades em grupo num centro de saúde mental comunitário com doença mental grave e persistente. O estudo foi realizado com 12 participantes adultos, teve duração de 6 meses, e as sessões ocorriam semanalmente com duração de 90min cada. Os participantes mantiveram tratamentos associados, tais como terapia individual e farmacoterapia. Foi possível observar nos resultados que os sintomas de depressão diminuíram significativamente após a implementação do estudo, além de melhora em habilidades em relações, sendo a habilidade de mindfulness mais fundamental para ajuda-los em lidar outras situações de enfrentamento mais complexas. A maior dificuldade encontrada no estudo foi em os participantes concluírem o tempo de atendimento necessário para cumprir os 6 meses.

Kauthen et al (2010) realizaram um estudo de ensaio clínico aberto para reforçar o tratamento de Terapia Cognitivo Comportamental para o tratamento de tricotilomania, com a Terapia Dialética Comportamental. O estudo foi realizado em 11 sessões de intervenção, mais 4 sessões de manutenção após o término da intervenção. Foram selecionadas 10 mulheres que preenchiam critério para tricotilomania no DMS-IV e a pesquisa foi realizada em 2 ambientes: 5 mulheres participaram em Harvard, e 5 outras mulheres participaram na Universidade Emory. Para este estudo os autores adaptaram e aplicaram os módulos de Mindfulness, Regulação Emocional e Tolerância ao Estresse da DBT, mas não utilizaram o módulo de Eficácia Interpessoal por acharem menos relevantes do que os outros no tratamento de tricotilomania. Os resultados indicam que o tratamento da Terapia Cognitivo Comportamental utilizada juntamente com componentes da Terapia Dialética Comportamental se mostrou eficaz para a reduzir a gravidade dos sintomas de puxar os cabelos. Além disso, os dados também revelaram melhora na capacidade de regulação emocional, bem como com sintomas de depressão e ansiedade associados.

Iverson, et al (2009), realizaram estudo com população de mulheres vítimas de abuso doméstico a qualquer momento da vida. Inicialmente o estudo foi realizado em com 46 mulheres, mas apenas 31 concluíram o tratamento que foi realizado em 12 sessões em grupo. Foram aplicados os 4 módulos de Mindfulness, Regulação Emocional, Tolerância ao Estresse da DBT, e Eficácia Interpessoal da DBT. Além disso foram aplicados os instrumentos de Escala de Ajuste Social de Autorrelato (SAS-SR),

Symptom Checklist-90 –R, Escala de Desesperança de Beck e Inventário de depressão de Beck II nas fases pré e pós-teste. Quando comparadas as fases de pré e pós-teste os resultados apontam redução nos sintomas de desesperança, depressão e angústia, redução de 25% para 7% de critérios para taxa de risco de suicídio, e relato dos participantes de alta satisfação com o programa de tratamento.

Além de estudos pilotos, encontramos também um estudo que engloba 13 ensaios clínicos randomizados - publicados e revisados por pares - a partir de intervenções com variação do público-alvo, variação das habilidades e do tempo de duração do tratamento. Os resultados revelaram melhora significativa nos quadros de transtornos alimentares (alimentar compulsivo, bingeing e purga crônica, bulimia nervosa); transtornos de humor (bipolar I e II); transtorno de personalidade Borderline; além de sintomas depressivos para (outros) problemas primários; redução nos sintomas de ansiedade para pacientes que apresentavam desregulação emocional ou tinham histórico de abuso sexual, e também melhora nos sintomas de dificuldade de atenção (TDAH) (Harned & Botanov, 2016).

Até o presente momento não foram encontrados estudos que tenham utilizado o Treinamento de Habilidades em DBT diretamente para a população que apresenta o quadro de Transtorno de Ansiedade Social (TAS), cuja principal queixa está ligada a déficit(s) de repertório(s) de habilidades sociais.

Tendo em vista o déficit de repertórios voltados para habilidade sociais em indivíduos que apresentam sinais e sintomas de Transtorno de Ansiedade Social (TAS), este estudo teve como objetivo verificar a eficácia do módulo de Eficácia Interpessoal como parte do Treinamento de Habilidades da DBT para esta população, mesmo não tendo sido desenvolvido especificamente para este quadro clínico, mas principalmente, por apresentar treinamento direto de repertórios considerados com basais para a melhora evidente deste transtorno, de forma flexível a estruturada.

## MÉTODO

### Participantes

Foram buscados participantes que tivessem entre 26 e 37 anos que apresentassem sinais e sintomas de Transtorno de Ansiedade Social (TAS), avaliados a partir da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS) e do Inventário de Fobia Social (SPIN). Esta avaliação foi realizada pela pesquisadora deste estudo em uma sessão de triagem que foi realizada na Associação Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento. Como critério de inclusão os participantes atingiram escore total de 30 pontos, pelo menos, na Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS), e escore total de 19 pontos, pelo menos, no Inventário de Fobia Social (SPIN) para serem considerados compatíveis ao quadro de Transtorno de Ansiedade Social (TAS). Foram então selecionados três participantes a seguir:

A participante 1 (P1), tem 35 anos, é terapeuta holística, reside com familiares com padrões comportamentais rigorosos, inflexíveis e verbalmente abusivos, o que acabam exercendo influência sobre o modo de agir, do qual muitas vezes é submisso e inassertivo diante dessas situações. Frequentemente a participante relatou que se sentia punida ou achava que estava pensando ou agindo de maneira errada, preferindo não se colocar e agir de maneiras que seus familiares julgavam como adequadas e corretas. A cliente disse ainda que esse padrão comportamental atingia outras esferas de sua vida, tais como no manejo com pessoas de seu trabalho, e tendo num passado recente relacionamento afetivo abusivo (s.i.c.).

O participante 2 (P2), tem 26 anos e é estudante do curso de advocacia. Relatou que buscou pelo tratamento, pois sente dificuldade em fazer novas amizades e principalmente de se relacionar íntima e afetuosamente, pois sente-se desconfortável na presença de pessoas. Além disso, relatou que se sente insatisfeito com a própria aparência.

O participante 3 (P3), tem 37 anos, é técnico em enfermagem e relatou que sua principal dificuldade é a de conseguir ficar empregado, pois sente-se desconfortável em desempenhar na presença de outras pessoas. Além disso, tem pouco convívio e relações interpessoais, mantendo a maioria de interações apenas por vias de redes sociais.

## **Terapeuta**

O terapeuta selecionado para este estudo teve formação específica em Terapia Comportamental Dialética (DBT) pelo The Linehan Institute and Behavioral Tech, Washington - EUA. É Especialista em Transtornos Alimentares pelo Instituto de Psiquiatria (AMBULIM/HC) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, é Coordenador dos Grupos de Treino das Habilidades Sociais do AMBULIM IPq HC FMUSP e Enfermaria do Comportamento Alimentar - ECAL IPq HC FMUSP. Psicólogo do Laboratório de DBT da Associação Paradigma – Centro de Ciências do Comportamento.

## **Ambiente de coleta de dados**

As sessões de psicoterapia foram conduzidas no consultório particular do terapeuta localizado na zona oeste da cidade de São Paulo.

## **Materiais utilizados**

Para coleta, observação e análise dos dados foram utilizados instrumentos de avaliação psicológica que foram aplicados na triagem, tida como fase de pré-intervenção, após o término da intervenção e no follow-up. Os instrumentos de avaliação psicológica utilizados foram os seguintes: Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS) e Inventário de Fobia Social (SPIN), além do Outcome Questionnaire (OQ-45), descritos detalhadamente na seção “Instrumentos” e disponíveis nos ANEXOS A, B e C.

A implementação da intervenção psicoterápica consistiu na aplicação de Fichas de habilidades realizadas durante a sessão e de Fichas de tarefas realizadas em casa e corrigidas em sessão, como parte do módulo de Efetividade Interpessoal da DBT em sua versão traduzida e adaptada para o português (Linehan, 2018b). Este procedimento foi realizado em dez sessões com intervalos de uma semana entre cada uma delas, com duração de 1h30 cada – as sessões foram divididas entre aprender novas habilidades (1h) e corrigir tarefas realizadas em casa sobre a habilidade aprendida na sessão anterior (30min). Foi realizada uma sessão de follow-up três meses após o término da

intervenção, com o objetivo de verificar se o tratamento realizado a partir deste estudo produziu eficácia.

## **Instrumentos**

A seleção dos instrumentos para mensurar o TAS neste estudo deu-se a partir de um breve levantamento de estudos publicados em português que consideraram TAS como público alvo, tendo como referência o manual “Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental” (Gorenstein; Wang & Hungerbühler, 2016). São eles:

*Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – LSAS (Anexo A):* é um instrumento utilizado para medida do Transtorno de Ansiedade Social em pacientes entre 18 e 50 anos, que avalia presença de sintomas e sentimentos de medo e ansiedade diante de situações sociais e de desempenho público, característicos do diagnóstico. Pode ser aplicada nas versões auto ministrada ou heteroadministrada (assistida com o terapeuta), que leva cerca de 5 a 10 minutos e são compostas pelos itens a seguir: 24 itens divididos em 2 subescalas “Interação Social” (11 itens) e “Situações de Performance” (13 itens). Seus itens são pontuados através de uma escala Likert de 4 pontos (no qual 0= nenhum/nunca; 1= pouco/ocasionalmente; 2=moderado/frequentemente; 3= profundo/geralmente), que pode chegar a atingir o escore máximo de 144 pontos, ou ainda obter escores parciais para as subescalas de Interação Social” e “Situações de Performance”, classificados a partir de quatro situações de intensidade: medo de interação social, medo de performance, evitação de interação social e evitação de performance.

Quando somados os valores totais das subescalas de Interação Social” e “Situações de Performance”, obtém-se o escore total que será indicativo para o nível de TAS: de 0 a 30 pontos considera-se Ansiedade social sub-clínica/ não clínica; de 31 a 60 pontos indica pontuação para diagnóstico Transtorno de Ansiedade Social circunscrito; e acima de 60 pontos indica Transtorno de Ansiedade Social generalizado. Para uma interpretação ainda mais detalhada pode-se comparar o escore total com a gravidade dos sintomas, indicando que quando o escore total for de 55 a 65 pontos o indivíduo apresenta sinais e sintomas “moderados” de Ansiedade; de 66 a 80 pontos indica que o indivíduo apresenta sinais e sintomas “médios” decorrentes do TAS; de 81 a 95 pontos indica que o indivíduo apresenta sinais e sintomas “graves” decorrentes do

TAS e escore total maior de 95 aponta intensidade “muito grave” do TAS e de subtipos generalizados.

*Inventário de Fobia Social – SPIN* (Anexo B): é um instrumento auto avaliativo, que leva cerca de 3 a 4 minutos para ser respondido, destinado a adolescentes e adultos a fim de rastrear sintomas de ansiedade social. É composto de 17 itens avaliados numa escala Likert de 5 pontos (no qual 0= nada; 4= extremamente), sendo 68 o escore máximo total. Os itens são subdivididos em 3 subescalas: Medo (itens 1,3,5,10,14,15); Evitação (itens 4,6,8,9,11,12,16) e Sintomas Fisiológicos (itens 2,7,13 e 17). Considera-se que escores totais de 19 pontos ou mais indicam sintomas compatíveis com o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social.

Além destes, foi selecionado o instrumento de autorrelato *Outcome Questionnaire - OQ-45* (Anexo C) desenvolvido com a finalidade de mensurar repetidamente o progresso dos participantes em psicoterapia. É monitorado a partir de três dimensões primárias: desconforto subjetivo (SD); relacionamentos interpessoais (IR); e, desempenho do papel social (SR), podendo obter escore máximo de 180 pontos. A partir de 63 pontos indica que o participante possui sofrimento clinicamente significativo, sendo que quanto maior o escore, maior será o nível de sofrimento psicológico. Considera-se que há mudanças significativa quando houver 14 pontos de diferença entre as avaliações de progresso do cliente.

Os instrumentos foram aplicados pela pesquisadora deste estudo na entrevista de triagem, no fim da última sessão interventiva e três meses após data final da intervenção (follow-up), todas em sessões externas ao processo psicoterápico.

As *Fichas de Habilidades* são tarefas de ensino prático que visam ensinar e desenvolver habilidades a fim de obter efetividade nas relações interpessoais. Para o que tange este estudo, foi utilizado apenas o módulo de Efetividade Interpessoal traduzido e adaptado para o português (Linehan, M. M., 2018b).

Essas Fichas foram aplicadas nas sessões com o cliente, e ao final de cada sessão foi orientado para que o cliente levasse as Fichas correspondentes de “tarefa de casa” para treinar o repertório que foi aprendido em seu ambiente natural. No início de cada sessão foi verificado juntamente ao cliente a Ficha de tarefa para casa, e logo após se

iniciava a sessão com a aplicação de um novo tema da Ficha de Habilidade. Todas as Fichas aplicadas foram previamente selecionadas para o estudo (ver *Tabela 1*).

### **Considerações Éticas**

Atendendo à resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, que tem por objetivo assegurar pesquisas realizadas em seres humanos, e garantir direito ao conhecimento acerca dos procedimentos e possíveis riscos no qual estão submetidos, terapeuta e cliente assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início da fase de coleta de dados concordando com a participação e publicação dos dados obtidos apenas com fins didáticos, acadêmicos e científicos, sendo suas identidades totalmente preservadas (termo em Anexo D e E). Esse termo garante e assegura o sigilo dos dados obtidos através dos procedimentos aplicados e preserva o direito de o participante retirar-se a qualquer momento do estudo sem prejudicar seu atendimento.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada na Plataforma Brasil (<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil>), de acordo com o modelo de formulário disponibilizado, para avaliação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, tiveram os dados coletados, apenas após a sua aprovação.

### **Delineamento**

Foi adotado nesta pesquisa o delineamento de Quase-Experimento, o qual permite observar a comparação entre as condições obtidas antes (pré) e depois (pós) da implementação do tratamento (teste) sobre o(s) participante(s), a partir de uma intervenção psicoterápica. O procedimento foi realizado com participantes que apresentaram sinais e sintomas característicos do Transtorno de Ansiedade Social (TAS) - (CID 10 F 40.1), avaliados a partir de dois instrumentos: Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS) e Inventário de Fobia Social (SPIN). Desta forma, ao introduzir a variável independente do estudo (módulo de Eficácia Interpessoal da DBT), esperava-se produzir mudanças comportamentais nas variáveis dependentes (redução nos sinais e sintomas recorrentes do quadro de TAS).

## **Procedimento**

Os três participantes foram recrutados a partir de dois meios: (1) A Associação Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento enviou e-mail e comunicou via Facebook para a comunidade, informando que havia três vagas para atendimento psicoterápico gratuito, como parte desta pesquisa, destinada a pessoas que apresentassem sinais e sintomas de Transtorno de Ansiedade Social (TAS); (2) a pesquisadora deste estudo entrou em contato com o(s) responsável(is) do programa do AMBAM (Ambulatório de Ansiedade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), informando que havia três vagas para atendimento psicoterápico gratuito destinado a pessoas que apresentassem sinais e sintomas de Transtorno de Ansiedade Social (TAS), com o propósito do AMBAM realizar um comunicado interno para seus pacientes a respeito da disponibilidade de vagas para atendimento psicoterápico gratuito, como parte desta pesquisa.

Tendo preenchido pontuação clinicamente relevante na Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS) e no Inventário de Fobia Social (SPIN), foi entregue ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e esclarecido que; (a) esta pesquisa tinha como objetivo investigar a eficácia na redução de sinais e sintomas para clientes que apresentassem características de Transtorno de Ansiedade Social (TAS); (b) o estudo seria realizado em dez sessões interventivas de psicoterapia que ocorreriam semanalmente, com duração de 1h30 cada; (c) ao aceitar fazer parte da pesquisa foi explicado que o participante não teria qualquer despesa neste tratamento; (d) o participante teria liberdade de se recusar a participar desta pesquisa (e) o participante seria livre para não responder a alguma pergunta e de retirar seu consentimento a qualquer momento; (f) no caso de não haver melhoras ou haver pioras dos sinais e sintomas do participante, seria oferecida terapia comportamental gratuita na clínica escola da Associação Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento; (g) seria condição para participação deste estudo que o participante não estivesse participando de outros tratamentos psicoterápicos; (h) para os participantes que não fossem selecionados para participar deste estudo, foi oferecida terapia comportamental gratuita na clínica escola da Associação Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.

Os participantes selecionados foram submetidos inicialmente a sessão de pré-intervenção para psicoeducação sobre o Transtorno de Ansiedade Social (TAS), que teve como objetivo explicar quais os principais sintomas e impactos decorrentes do quadro patológico.

A implementação da intervenção psicoterápica consistiu na aplicação de “Fichas de habilidades”, previamente selecionadas para a aplicação deste estudo, realizadas durante a sessão e de “Fichas de tarefas” realizadas em casa e verificadas em sessão, como parte do módulo de Efetividade Interpessoal da DBT em sua versão traduzida e adaptada para o português (Linehan, 2018b). As sessões foram divididas entre aprender novas habilidades (1h) e verificar tarefas realizadas em casa sobre a habilidade aprendida na sessão anterior (30min).

O estudo foi aplicado da seguinte maneira:

Data	Fase/sessão
18/09/18	Triagem FASE Pré-teste (LSAS/SPIN/OQ-45)
08/10/18	Sessão 1 Psicoeducação
15/10/18	Sessão 2 Fichas de habilidades
22/10/18	Sessão 3 Fichas de habilidades
29/10/18	Sessão 4 Fichas de habilidades
05/11/18	Sessão 5 Fichas de habilidades
12/11/18	Sessão 6 Fichas de habilidades
19/11/18	Sessão 7 Fichas de habilidades
26/11/18	Sessão 8 Fichas de habilidades
03/12/18	Sessão 9 Fichas de habilidades
10/12/18	Sessão 10 Fichas de habilidades
17/12/18	FASE Pós-teste (LSAS/SPIN/OQ-45)
11/03/19	FASE Follow-up (LSAS/SPIN/OQ-45)

*Tabela 1.* Cronograma de aplicação de Estudo pré e pós intervenção.

Foi realizada uma sessão de follow-up após o término da última sessão, com o objetivo de verificar se o tratamento realizado produziu efeitos que se mantinham após a intervenção. Nesta sessão, foram reaplicados os instrumentos da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS), o Inventário de Fobia Social (SPIN) e Outcome Questionnaire (OQ-45).

As Fichas selecionadas que foram aplicadas na intervenção deste estudo estão descritas na Tabela 1 a seguir de acordo com sua aplicação nas sessões:

Nº da Sessão	Fichas de habilidades para sessão	Objetivo principal / descrição dos objetivos da(s) Ficha(s).	Fichas de tarefa para casa
<b>Fichas de Efetividade interpessoal</b>			
<b>SESSÃO 2 e 3</b>	<b>Ficha 1 “Objetivos da Efetividade Interpessoal (E.I.)”</b>	Pretende-se que o indivíduo aprenda a ser eficaz respeitando o outro e alcançando objetivos pessoais. Pode ser usada como ferramenta para descobrir objetivos, a incluir: (a) ser habilidoso na realização de objetivos pessoais com o outro; (b) construir relacionamentos, fortalecer relacionamentos atuais e encerrar relacionamentos destrutivos; (c) manter relacionamentos ao “ir pelo caminho do meio”.	Ficha 1 (como tarefa para casa)
	<b>Ficha 2 “Fatores que reduzem a E.I.”</b>	Quando há falta de habilidade, indecisão quanto a não saber o que quer, interferência de emoções, priorização de curto prazo sobre metas em longo prazo, interferência do meio ambiente e crenças ou mitos pessoais interferem nas relações.	Ficha 2 (como tarefa para casa)
	<b>Ficha 2 A</b>	Esta Ficha pode ser utilizada para identificar desafios pessoais e/ou quando há alta frequência de descrições errôneas e sem fundamentos, ou fundada em mitos e crenças.	Ficha 2 A (como tarefa para casa)

Fichas de Obtenção de objetivos de habilidades			
SESSÃO 4	<b>Ficha 5 “DEAR MAN”</b>	Ensino de repertório assertivo a partir do “Dear Man”: <u>D</u> escrever a situação, <u>E</u> xpressar-se, ser <u>A</u> ssertivo, <u>R</u> eforçar, permanecer <u>M</u> indful, <u>A</u> parentar confiança e conseguir <u>N</u> egociar.	Ficha 5 (como tarefa para casa)
	<b>Ficha 5 A “DEAR MAN em interações atuais difíceis”</b>	Rever a Ficha 5 e aplicar e treinar em situações atuais difíceis, tais como quando outro indivíduo possuir boas habilidades e contrariar ou recusar pedidos legítimos do cliente.	Ficha 5 A (como tarefa para casa)
SESSÃO 5	<b>Ficha 6 “Habilidade de relacionamento “GIVE”</b>	Destinada a manter ou melhorar relacionamento com outra pessoa enquanto tenta conseguir o que quer na interação, a partir do “give” a incluir padrões de: (a) ser gentil com o outro, (b) agir com interesse no outro, (c) validação e não julgamento e/ou avaliação para com o outro, (d) agir de maneira a facilitar relações.	Ficha 6 (como tarefa para casa)
	<b>Ficha 6 A</b>	Extensão do princípio “give” que tem por objetivo enfatizar a validação de agir de maneira interessada no outro, mantendo postura condizentes com seus objetivos.	Ficha 6 A (como tarefa para casa)
SESSÃO 6 e 7	<b>Ficha 7 “Mantendo autorrespeito”</b>	Tem por objetivo desenvolver autorrespeito a partir do princípio “Fast”: (a) ser justo consigo mesmo, (b) se desculpar apenas quando necessário, (c) ser coerente em relação aos próprios valores; (d) ser sincero.	Ficha 7 (como tarefa para casa)
	<b>Ficha 8 “Avaliando as opções e intensidade de perguntar e dizer não”</b>	Tem por objetivo analisar a decisão na intensidade ao fazer perguntas e dizer não em respostas. É disponibilizado um continuum de intensidade que deve ser registrado em sessão para avaliar a flexibilidade do cliente durante a interação.  Os fatores a serem considerados na interação	Ficha 8 (como tarefa para casa)

		são: capacidades, prioridades, autorrespeito, direitos, autoridade, relação, metas a curto versus a longo prazo, reciprocidade, tarefa de casa e oportunidade.	
SESSÃO 8	<b>Ficha 9</b> <b>“troubleshooting”</b>	Identificar as dificuldades para obtenção de objetivos que podem ser: (1) falta de habilidade; (2) objetivo está pouco ou não clarificado; (3) metas de curto prazo que interferem nas de longo prazo; (4) emoções que interferem em competências necessárias; (5) preocupações, crenças e mitos que interferem no sucesso da interação; (6) ambiente mais poderoso do que habilidades.	Ficha 9 (como tarefa para casa)
SESSÃO 9	<b>Ficha 11</b> <b>“Competência para amizades potenciais”</b>	Ensinar como procurar e conquistar amizade saudável e em potencial.	Ficha 11 (como tarefa para casa)
	<b>Ficha 11 A</b> <b>“Habilidades para amizade potencial”</b>	Questionário para identificar habilidades eficazes para procurar pessoas e deixar que gostem de você.	Ficha 11 A (como tarefa para casa)
SESSÃO 10 + ENCERRAMENTO	<b>Ficha 19</b> <b>“Recuperação de invalidação”</b>	Revisar principais pontos de invalidação e, se necessário, retomar e instruir a Ficha 3 para que os participantes utilizem as estratégias de validação que aprenderam.	Encerramento.

Tabela 2 Aplicação das fichas de acordo com cada sessão.

## **RESULTADOS**

Os resultados de avaliação dos instrumentos utilizados para cada participante estão descritos nas Figuras de 1 a 3. Nelas estão contidos os escores obtidos no pré-teste, no pós-teste e no follow-up.

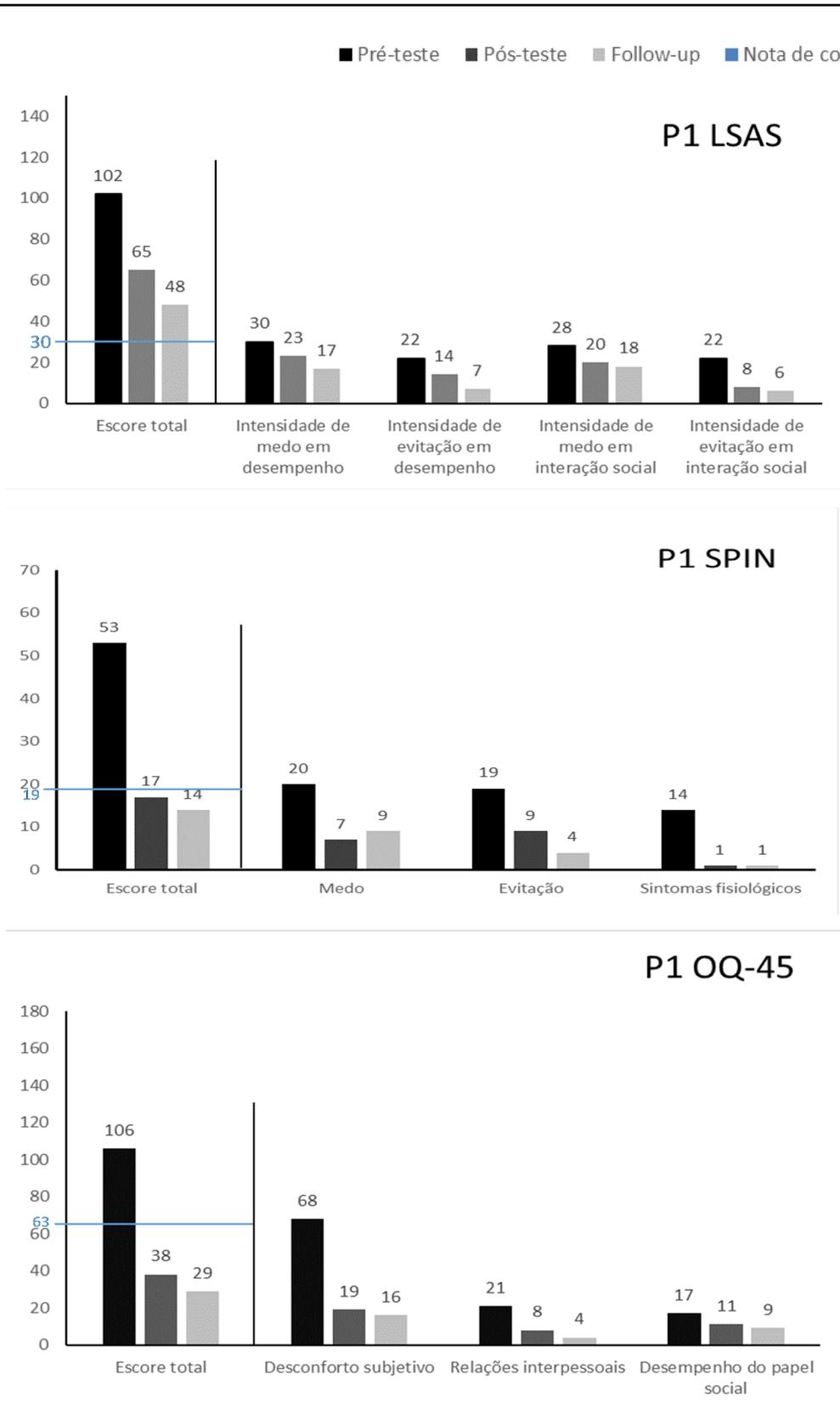


Figura 1. A figura representa os resultados da fase de pré-teste, pós-teste e follow-up para a P1. O teste LSAS pode atingir o escore máximo de 144 pontos, representado pelo eixo vertical, com nota de corte de 30 pontos, representado pela linha azul. O teste SPIN pode atingir escore máximo de 68 pontos, representado pelo eixo vertical, com nota de corte de 19 pontos, representado pela linha azul. O teste OQ-45 pode atingir escore máximo de 180 pontos, representado pelo eixo vertical, com nota de corte de 63 pontos, representado pela linha azul.

Na Escala de Fobia social de Liebowitz (LSAS) a P1 apresentou escore total de 102 pontos na fase pré-teste; 65 pontos na fase pós-teste e 48 no follow-up, indicando sinais e sintomas para o quadro de TAS em todas as fases.

Ainda assim, pode-se notar que as subescalas tiveram diminuição significativa na pontuação. Para sintomas de intensidade de medo e ansiedade nas situações de desempenho obteve 30 pontos na fase pré-teste; 23 pontos na fase pós-teste e 17 pontos no follow-up. Também apresentou redução da pontuação de intensidade de evitação nas situações de desempenho de 22 pontos na fase pré-teste; 14 pontos na fase pós-teste; 07.

Para sintomas de intensidade de medo em interação social obteve pontuação de 28 pontos na fase pré-teste; 20 pontos na fase pós-teste e 03 pontos no follow-up. Já na situação de intensidade de evitação em interação social obteve 22 pontos na fase pré-teste; 08 pontos na fase pós-teste; 05 pontos no follow-up.

No Inventário de fobia social (SPIN) a P1 obteve escore total de 53 pontos na fase pré-teste, o que a partir deste inventário caracteriza quadro de TAS. Nas subescalas pontuou 20 para medo; 19 para evitação e 14 sintomas fisiológicos.

Na fase pós teste a P1 teve escore total de 17 pontos, o que para este inventário, não caracteriza o quadro de TAS. Diminuiu sua pontuação nas subescalas, sendo de 07 pontos para medo, 09 pontos para evitação e 01 ponto para sintomas fisiológicos.

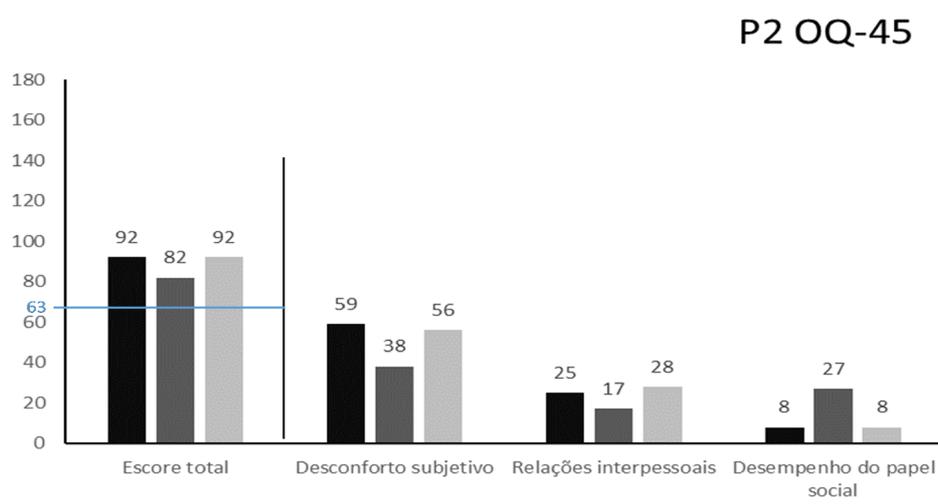
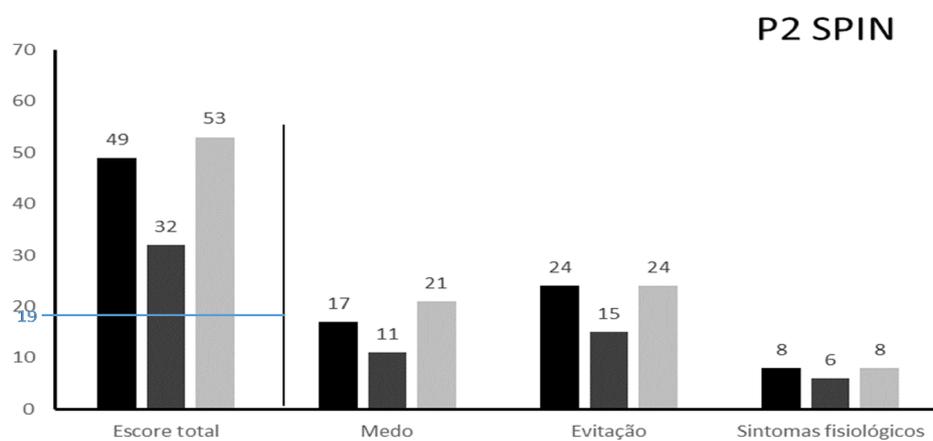
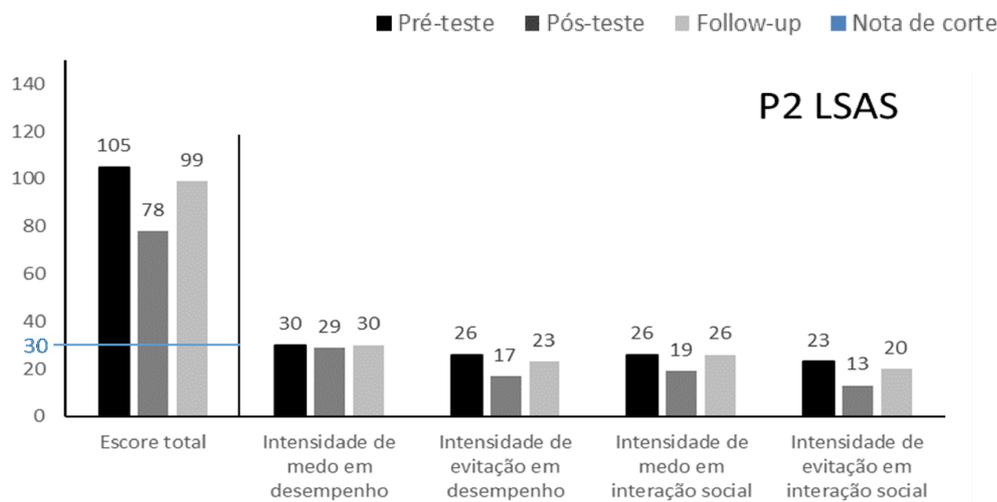
Já no follow-up a P1 obteve escore total de 14 pontos, o que não caracteriza o quadro de TAS para este inventário. Nas subescalas atingiu pontuação 09 para a escala de medo; teve redução na subescala evitação para 04 pontos e 01 ponto para sintomas fisiológicos.

No Outcome Questionnaire – OQ-45, a P1 apresentou redução clinicamente significativa no escore total de 106 pontos na fase pré-teste, 38 pontos na fase pós-teste e 29 pontos no follow-up, o que indica diminuição de 77 pontos em comparação com a fase pré-teste e follow-up e diminuição de 09 pontos em comparação com as fases pós-teste e follow-up.

Na dimensão “desconforto subjetivo” obteve redução de 68 pontos na fase pré-teste, para 19 pontos na fase pós-teste e 16 pontos no follow-up, totalizando diminuição de 52 pontos se comparadas as fases de pré-teste e follow-up.

Na dimensão “relações interpessoais” obteve redução de 21 pontos na fase pré-teste, para 08 pontos na fase pós-teste e 04 pontos no follow-up, totalizando diminuição de 17 pontos se comparadas as fases de pré-teste e follow-up.

Na dimensão “desempenho do papel social” obteve redução de 17 pontos na fase pré-teste, para 11 pontos na fase pós-teste e 09 pontos no follow-up, totalizando diminuição de 08 pontos se comparado as fases de pré-teste e follow-up.



*Figura 2.* A figura representa os resultados da fase de pré-teste, pós-teste e follow-up para o P2. O teste LSAS pode atingir escore máximo de 144 pontos, representado pelo eixo vertical, com nota de corte de 30 pontos, representado pela linha azul. O teste SPIN pode atingir escore máximo de 68 pontos, representado pelo eixo vertical, com nota de corte de 19 pontos, representado pela linha azul. O teste OQ-45 pode atingir escore máximo de 180 pontos, representado pelo eixo vertical, com nota de corte de 63 pontos, representado pela linha azul.

Na Escala de Fobia social de Liebowitz (LSAS) o P2 apresentou escore total de 105 pontos na fase pré-teste; 78 pontos na fase pós-teste e 99 no follow-up, indicando sinais e sintomas para o quadro de TAS em todas as fases.

Nas subescalas o P2 apresentou redução na pontuação para sintomas de intensidade nas situações de desempenho com 30 pontos na fase pré-teste e de 29 pontos na fase pós-teste, porém no follow-up voltou a pontuar 30. Nos sintomas de intensidade de medo para situações de interação social pontuou 26 na fase pré-teste, 19 na fase pós-teste, porém no follow-up voltou a pontuar 26.

Para os sintomas de intensidade de evitação em situações de desempenho, este participante obteve 26 pontos na fase pré-teste; 17 pontos na fase pós-teste; porém no follow-up teve aumento com 23 pontos. Já para os sintomas de intensidade de evitação em situações de interação social obteve 23 pontos na fase pré-teste e de 13 pontos na fase pós-teste, porém no follow-up teve aumento para 20 pontos.

No Inventário de fobia social (SPIN) o P2 obteve escore total de 49 pontos na fase pré-teste, o que a partir deste inventário caracteriza quadro de TAS. Nas subescalas pontuou 17 para medo; 24 para evitação e 08 sintomas fisiológicos.

Na fase pós teste o P2 teve escore total de 32 pontos, o que a partir deste inventário caracteriza quadro de TAS. Diminuiu sua pontuação nas subescalas, sendo de 11 pontos para medo, 15 pontos para evitação e 06 pontos para sintomas fisiológicos.

Já no follow-up o P2 obteve escore total de 53 pontos, o que a partir deste inventário caracteriza quadro de TAS. Nas subescalas atingiu pontuação 21 para a escala de medo; 24 na subescala de evitação e 08 ponto para sintomas fisiológicos.

No Outcome Questionnaire – OQ-45, o P2 apresentou redução no escore total de 92 pontos na fase pré-teste para 82 pontos na fase pós-teste, mas teve aumento e voltou a pontuar 92 na fase follow-up. Isso indica que o participante teve diminuição de 10 pontos em comparação com a fase pré-teste e pós teste, porém manteve a pontuação total de 92 quando comparada as fases de pré-teste com follow-up.

Na dimensão “desconforto subjetivo” obteve redução significativa de 59 pontos na fase pré-teste, para 38 pontos na fase pós-teste e aumento para 56 pontos no follow-up, totalizando diminuição de 03 pontos se comparado as fases de pré-teste e follow-up.

Na dimensão “relações interpessoais” obteve redução de 25 pontos na fase pré-teste, para 17 pontos na fase pós-teste e aumento para 28 pontos no follow-up, totalizando aumento de 03 pontos se comparada as fases de pré-teste e follow-up.

Na dimensão “desempenho do papel social” obtive 08 pontos na fase pré-teste, 09 pontos na fase pós-teste, e voltou a pontuar 08 no follow-up, indicando que não houve mudanças quando comparadas as fases de pré-teste e follow-up.

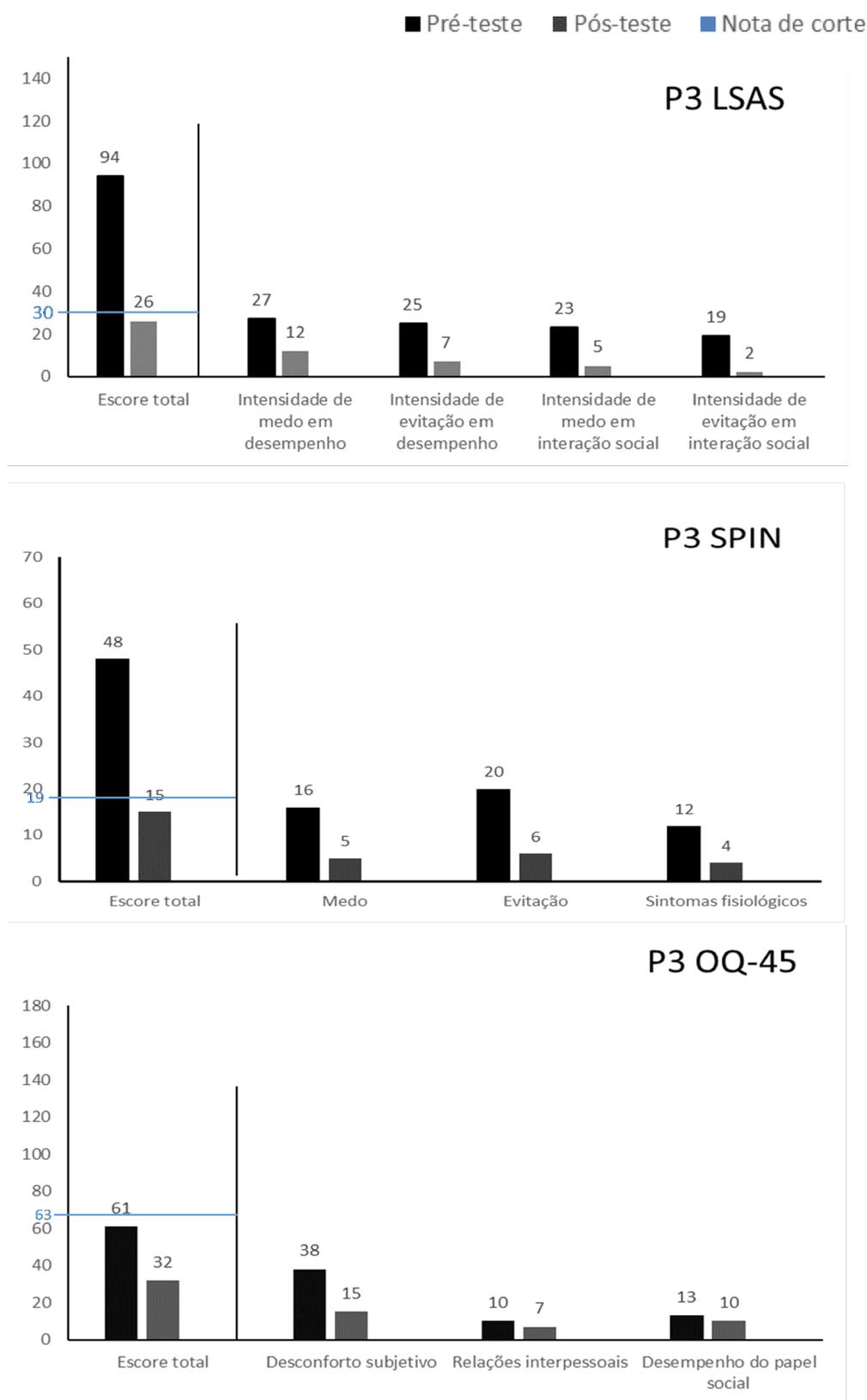


Figura 3. A figura representa os resultados da fase de pré-teste e pós-teste para o P3. O teste LSAS pode atingir o escore máximo de 144 pontos, representado pelo eixo vertical, com nota de corte de 30 pontos, representado pela linha azul. O teste SPIN pode atingir escore máximo de 68 pontos, representado pelo eixo vertical, com nota de corte de 19 pontos, representado pela linha azul. O teste OQ-45 pode atingir escore máximo de 180 pontos, representado pelo eixo vertical, com nota de corte de 63 pontos, representado pela linha azul.

O P3 não compareceu à sessão de follow-up, portanto não há este dado para comparação com as outras fases para este participante.

Na Escala de Fobia social de Liebowitz (LSAS) o P3 apresentou escore total de 94 pontos na fase pré-teste e 26 pontos na fase pós-teste, indicando sinais e sintomas para o quadro de TAS em ambas fases.

Nas subescalas o P3 apresentou redução na pontuação para sintomas de intensidade nas situações de desempenho com 27 pontos na fase pré-teste para 12 pontos na fase pós-teste. Nos sintomas de intensidade de medo para situações de interação social pontuou 23 na fase pré-teste e 05 pontos na fase pós-teste.

Para os sintomas de intensidade de evitação em situações de desempenho, este participante obteve 25 pontos na fase pré-teste e 07 pontos na fase pós-teste. Já para os sintomas de intensidade de evitação em situações de interação social obteve 19 pontos na fase pré-teste e de 02 pontos na fase pós-teste.

No Inventário de fobia social (SPIN) o P3 obteve escore total de 48 pontos na fase pré-teste, o que a partir deste inventário caracteriza quadro de TAS. Nas subescalas pontuou 16 para medo; 20 para evitação e 12 sintomas fisiológicos. Na fase pós teste o P3 teve escore total de 15 pontos, o que para este inventário, não caracteriza o quadro de TAS. Diminuiu sua pontuação nas subescalas, sendo de 05 pontos para medo, 06 pontos para evitação e 04 pontos para sintomas fisiológicos.

No Outcome Questionnaire – OQ-45, o P3 apresentou redução clinicamente significativa no escore total de 62 pontos na fase pré-teste para 31 pontos na fase pós-teste.

Na dimensão de desconforto subjetivo (SD) obteve redução significativa de 38 pontos na fase pré-teste para 15 pontos na fase pós-teste, totalizando diminuição de 23 pontos.

Na dimensão de relações interpessoais (IR) obteve redução de 10 pontos na fase pré-teste para 07 pontos na fase pós-teste, totalizando diminuição de 03 pontos.

Na dimensão de desempenho do papel social (SR) obteve redução de 14 pontos na fase pré-teste para 09 pontos na fase pós-teste, totalizando diminuição de 05.

## DISCUSSÃO

Este estudo foi realizado com o objetivo de verificar os efeitos do módulo de Eficácia Interpessoal como parte do Treinamento de Habilidades da DBT aplicado para portadores do Transtorno de Ansiedade Social (TAS), mesmo não tendo sido desenvolvido especificamente para esta população. Além disso, se utilizou das mesmas estratégias de estudos anteriormente citados, tal como Roosen et al. (2012) que aplicaram a BDT para distúrbios de alimentação e obtiveram eficácia; Blackford & Love (2011) que aplicaram a DBT para população num centro de saúde mental comunitário com doença mental grave e persistente e obtiveram eficácia; Iverson, et al (2009), que aplicaram a DBT para mulheres vítima de abuso doméstico e obtiveram eficácia; Kauthen et al (2010) que aplicaram a DBT para tricotilomania e obtiveram eficácia.

Durante os três meses de duração deste estudo o terapeuta seguiu rigorosamente a aplicação das Fichas de Habilidades assim como passou as tarefas indicadas para realização em casa, a partir do módulo de Eficácia Interpessoal da DBT em sua versão traduzida e adaptada para o português (Linehan, 2018b), respeitando a ordem especificada no manual para o desenvolvimento das habilidades.

Não foi estabelecido previamente quais eram os sintomas ou qual o tipo de dificuldade de desempenho o cliente deveria apresentar como critério para participação neste estudo. Os participantes foram selecionados a partir da pontuação obtida no escore total dos testes de Escala de Fobia social de Liebowitz (LSAS) e do Inventário de fobia social (SPIN) que indicavam sinais e sintomas clinicamente relevantes para o Transtorno de Ansiedade Social (TAS), juntamente do Outcome Questionnaire (OQ-45) para auxiliar na análise de progresso do cliente durante o processo terapêutico.

A partir dos resultados obtidos no inventário SPIN, na Escala LSAS e no OQ-45, é possível afirmar que os três participantes deste estudo tiveram melhora significativa nos comportamentos voltados para as habilidades sociais em seus ambientes naturais, após a implementação do módulo de Eficácia Interpessoal como parte do Treinamento de Habilidades da DBT, medidas de pré-teste e de pós-teste. No entanto, P2 não manteve os ganhos terapêuticos quando avaliados na fase follow-up.

Com o propósito de realizar uma análise mais detalhada para cada participante, é importante destacar os resultados obtidos nas subescalas a partir do SPIN, da Escala

LSAS e do OQ-45, juntamente com os dados observados diretamente na interação entre participante e terapeuta, demonstrados a seguir.

Na relação com o terapeuta a P1 desenvolveu bom vínculo e se comportou de forma comprometida para realizar as tarefas propostas durante as sessões, agindo frequentemente de maneira atenciosa e disponível. Relatou no follow-up que acredita ter conseguido aplicar as habilidades aprendidas em seu contexto familiar, e iniciou novo relacionamento afetivo, avaliando a intervenção como benéfica e com melhora na sua qualidade de vida.

Como observado na Figura 1, na Escala LSAS, a P1 apresentou pontuação maior para comportamentos de intensidade de medo em situações de desempenho e de situação social em relação aos comportamentos de intensidade de evitação nas mesmas situações. Considerando este dado e relacionando-o com o contexto familiar desta participante, podemos hipotetizar que seja mais difícil lidar com os sintomas emocionais de medo no que se diz respeito a ter dificuldades de impor e demonstrar suas vontades e valores mais evidentes do que não lidar ou não enfrentar situações nas quais se sinta assim. É possível que o histórico desta paciente tenha sido construído com reforçamento negativo e punição quando pensamos no contexto familiar, mas ainda assim há motivação da cliente para se expor mesmo diante da dificuldade se constringer e/ou ter medo de sofrer punição em situações sociais.

No inventário SPIN a P1 teve pontuação maior para sintomas de medo, depois para evitação e por último de sintomas fisiológicos. Esses dados conversam com os dados apresentados na Escala LSAS, pois os indícios de reações para medo superam os de evitação, e ainda indica que sintomas fisiológicos têm pouca interferência diante destes padrões.

Apesar de o Instrumento OQ-45 não ter sido aplicado no início de todas as sessões, para um acompanhamento mais detalhado do progresso do cliente com a implementação da intervenção, os resultados apontaram melhora clinicamente significativa no escore total de P1 para as três subescalas; desconforto subjetivo, relações interpessoais e desempenho do papel social. Ao final da implementação do estudo a cliente revelou que tinha saído da casa de seus familiares e que estava em um novo relacionamento afetivo saudável.

Podemos hipotetizar que o ambiente no qual a P1 vivia trazia sérios prejuízos emocionais e, com o ensino de repertórios para lidar com essa situação, houve melhora

para enfrentamento e tomada de decisão. Provavelmente o bom vínculo terapêutico foi fundamental para o sucesso desta intervenção.

É importante ressaltar que, aparentemente, esta participante se beneficiou das habilidades aprendidas neste estudo e conseguiu generalizar e manter sua melhora mesmo três meses após o seu término do estudo.

Já para o P2, apesar dos relatos sobre a dificuldade de se relacionar se mostrou sensível e expressivo na relação terapêutica. Foi possível observar comportamentos ansiosos deste participante em relação à garantia na continuidade de um tratamento psicoterápico depois que o estudo encerrasse, além de o cliente ter entrado em contato entre as sessões com o terapeuta para dizer que precisava conversar além do que lhe tinha sido proposto no estudo. Nesse caso o terapeuta foi responsivo com o sofrimento do cliente e o acolheu quando retomou os objetivos do estudo e assegurou que ao final do procedimento o tratamento ocorreria.

No teste LSAS o P2 atingiu pontuações para os sintomas com intensidade de medo (em desempenho e em interação social), próximos em relação aos sintomas de intensidade de evitação (em situações de desempenho e em interação social). Ainda assim, destaque-se a maior pontuação para os sintomas de medo em situações de desempenho.

No teste do SPIN houve para o P2 novamente proximidade de pontuação entre os sintomas de medo e de evitação, porém o sintoma de evitação teve destaque. Já os sintomas fisiológicos, são o de menos pontuação neste inventário.

Já no Instrumento OQ45 o destaque foi em relação à maior pontuação na dimensão de desconforto subjetivo, que teve oscilação de mais de 10 pontos entre as três fases. Essa dimensão diz respeito a identificar aspectos psicopatológicos de transtornos, tais como transtorno de ansiedade.

De maneira geral, chama a atenção de como os resultados obtidos nas três escalas para este participante eram altos no pré-teste, têm redução clinicamente significativa no pós-teste e como voltam a subir quando avaliados novamente no follow-up. Pode-se dizer que o tratamento foi efetivo apenas enquanto o procedimento estava em andamento e, que não foi suficiente para este participante generalizar o repertório aprendido em novas situações para manter sua melhora.

No que se diz respeito ao P3, com o andamento das sessões foi possível observar que o pouco convívio social relatado por ele pode estar atrelado a ter dificuldade de se expressar emocionalmente e com isso a ficar preso no campo dos pensamentos. Se

demonstrou pouco expressivo, contido e com dificuldade de se expor durante todo o processo e, à medida em que as exposições iam ocorrendo durante as sessões interventivas, foi possível observar que ele esquecia rápido o que era solicitado para fazer imediatamente após o comando, teve dificuldade de reter informação, perdia objetivos, ficava nervoso, etc, dificultando a continuidade da exposição. Além disso, o participante ficava sob controle da avaliação ou reprovação do terapeuta e relatou frequentemente que durante as exposições apresentava pensamentos de que o terapeuta pudesse estar julgando-o, ou avaliando-o por não conseguir concluir as tarefas tanto na intervenção, quanto nas atividades de vida diária. Possivelmente por conta disso, foi difícil observar sensibilidade na relação terapêutica por parte do participante. Foi observado que assim que saia das exposições a ansiedade voltava a cair rapidamente. O participante relatava nunca encontrar situações em seu ambiente natural para treinar as habilidades aprendidas em sessões, as quais ficaram restritas a interações via redes sociais.

No teste LSAS o P3 teve maior pontuação no sentimento de intensidade de medo em desempenho tanto nas fases pré e pós-teste; esta pontuação vai ao encontro com o relato do cliente sobre ter dificuldade de desempenhar na frente de outras pessoas e também em relação às observações ao longo da aplicação do procedimento, o que pode ter dificultado de maneira significativa sua atenção para a aprendizagem de habilidades que lhe fossem importantes.

Em âmbito clínico deveria haver um treinamento mais detalhado e decomposto em habilidades menores para este participante.

No inventário SPIN o P3 apresentou maior pontuação para o sintoma de evitação, depois para o sintoma de medo e por último para sintomas fisiológicos. Esses dados podem indicar que a tendência primeira a agir diante de situações desconfortáveis é evitando-as, assim como nas situações de se relacionar por outros meios que não virtuais, de se vincular com o terapeuta, ou mesmo de não permanecer empregado.

Já no OQ45 a pontuação com mais destaque foi na dimensão de desconforto subjetivo. Essa dimensão diz respeito a identificar aspectos psicopatológicos de transtornos, tais como transtorno de ansiedade.

O participante não pode participar da fase follow-up, portanto não há como avaliar se as mudanças nos resultados obtidos quando comparadas as fases pré e pós-teste se mantiveram depois da aplicação do estudo.

Até onde sabemos não há estudos semelhantes na aplicação do módulo de Eficácia Interpessoal como parte do Treinamento de Habilidades da DBT para a população TAS.

Neste estudo os resultados obtidos podem ter sofrido influências externas que podem ter comprometido a análise para o objetivo deste estudo; como pode ter sido no caso do P2 que manteve o uso da medicação durante a implementação do estudo. Além disso, podemos citar como hipótese o não comprometimento dos participantes em praticar as atividades destinadas para casa, e/ou para treino com terceiro de modo a ampliar o repertório de habilidades sociais; esta situação aconteceu principalmente com o P3, que se justificou relatando que não tinha pessoas com quem pudesse praticar as habilidades em seu ambiente natural. Outra hipótese para a dúvida dos resultados obtidos pode estar relacionada a outros métodos terapêuticos associados, tais como métodos terapêuticos alternativos e o uso de medicação, que podem dificultar a observação dos resultados obtidos.

Entretanto, é possível afirmar que este estudo piloto forneceu dados úteis que podem contribuir para estudos futuros que visam testar a eficácia do módulo de Efetividade Interpessoal da DBT para o TAS.

Embora nossas descobertas preliminares resultantes deste estudo sejam encorajadoras, é importante fazer algumas ressalvas. Por se tratar de um estudo piloto a amostragem de participantes é pequena e os dados devem ser analisados com cuidado.

O tempo de aplicação do estudo também poderia ser mais extenso para que houvesse mais sessões do treino do módulo de Efetividade Interpessoal da DBT para garantir sua efetividade. É importante destacar que o delineamento de quase-experimento escolhido para este estudo está limitado a analisar dados temporais entre eventos pré e pós testes em população não randomizada e sem a utilização de grupo controle. Esta condição pode comprometer e colocar em questão a validade interna dos dados, bem como a validade externa no que se diz respeito a variáveis independentes que podem influenciar os dados e a generalidade de seus efeitos.

Desta forma, não é possível afirmar que as mudanças e melhorias observadas quando comparadas as fases pré-teste e follow-up estejam relacionadas exclusivamente a implementação deste estudo.

Sugere-se para pesquisas futuras que sejam utilizados tipos de delineamento longitudinal capazes de abranger mais participantes, inclusive que tenha um grupo controle, de modo a testar com mais fidedignidade a eficácia do módulo de Efetividade

interpessoal da DBT, com tempo maior de aplicação do instrumento, bem como descartar influências externas que podem comprometer a validade interna dos dados. Desta forma, seria também possível aumentar a frequência de registros de instrumentos que possam auxiliar na medida de progresso dos participantes.

## REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (2014). DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5ed. Porto Alegre: Artmed.

Behavioral Tech (2015). What is DBT. Recuperado em 29 de novembro, 2016, <http://behavioraltech.org/resources/whatisdbt.cfm>.

Blackford, J.U. & Love, R. (2011) Dialectical Behavior Therapy Group Skills Training in a Community Mental Health Setting: A Pilot Study, *International Journal of Group Psychotherapy*, 61:4, 645-657, DOI: 10.1521/ijgp.2011.61.4.645.

Bolsoni-Silva, A. T. (2002). Habilidades sociais: Breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação em Psicologia*, 6, 233-242.

Bolsoni-Silva, A. T. & Loureiro, S. R (2009). Questionário de habilidades sociais para universitários discriminando características para fobia social e déficits interpessoais. Em Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica (pp. 464), Campinas. *Anais do Congresso de Avaliação Psicológica*.

Burato, K. R. S., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2009). Transtorno de ansiedade social e comportamentos de evitação e de segurança: Uma revisão sistemática. *Estudos de Psicologia*, 14, 167-174.

Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. Inventário de habilidades sociais (HIS-Del Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Geraldi-Ferreira, M. C. C. & Britto, I. A. G. S. (2013). Fobia social na perspectiva analítico comportamental. Em: C. E. Costa, C. R. X. Cançado, D. R. Zamignanni & S. R. S. Arrabal-Gil (Orgs.). *Comportamento em Foco Volume 2*. São Paulo: ABPMC.

Gorestein, C; Wang Y.P, Hungerbühler, I. (orgs). *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. Porto Alegre: Artmed; 2016

Harned, M.S, Botanov, Y. (2016). Dialectical Behavior Therapy Skills Training Is Effective Intervention. *Psychiatric Times*. 2016; 33(3): 25-29. Disponível em <https://www.psychiatrictimes.com/special-reports/dialectical-behavior-therapy-skills-training-effective-intervention>. Acesso em 04 jul 2017.

Iverson, K. & Shenk, C. & Fruzzetti, A. (2009). Dialectical Behavior Therapy for Women Victims of Domestic Abuse: A Pilot Study. *Professional Psychology: Research and Practice*. 40. 242-248. 10.1037/a0013476.

Kelly, J. A. (1982). *Social-skills training: A practical guide for interventions*. New York, NY: Springer.

Keuthen, N. J., Rothbaum, B. O., Welch, S. S., Taylor, C. , Falkenstein, M. , Heekin, M. , Jordan, C. A., Timpano, K. , Meunier, S. , Fama, J. and Jenike, M. A. (2010), Pilot trial of dialectical behavior therapy enhanced habit reversal for trichotillomania. *Depress. Anxiety*, 27: 953-959. doi:10.1002/da.20732.

Koerner, K. (2012). *Doing dialectical behavior therapy: A practical guide*. New York: Guilford.

Leonardi, J. L. (2018). A terapia comportamental dialética (DBT). Em A. E. A. Antúnez & G. Safra (Orgs.), *Psicologia clínica: da graduação à pós-graduação* (pp. 95-103). São Paulo: Atheneu.

Linehan, M. (2010a). *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade Borderline: tratamentos que funcionam – guia do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.

Linehan, M. M. (2018a). *Treinamento de habilidades em DBT: manual de terapia dialética comportamental para o terapeuta*. 2ªed. Porto Alegre: Artmed.

Linehan, M. M. (2018b). *Treinamento de habilidades em DBT: manual de terapia dialética comportamental para o paciente*. 2ªed. Porto Alegre: Artmed.

Roosen, M.A., Safer, D., Adler, S., Cebolla, A., & van Strien, T. (2012). Group dialectical behavior therapy adapted for obese emotional eaters: A pilot study. *Nutrición Hospitalaria*, 27, 1141-1147.

Roso, M. C & Ito, L. M. (1994). Modelos psicológicos para pânico e fobias. In: Valentim Gentil Filho e Francisco Lotufo Neto. (Org.). *Pânico, fobias e obsessões*. São Paulo: Editora Edusp, V. 1 e 2, p. 91-100.

Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7, 77-92.

# ANEXOS

## Anexo A

▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼

### Escala de Fobia Social - Liebowitz

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Aplicador: \_\_\_\_\_

	MEDO OU ANSIEDADE	EVITAÇÃO
	0 = Nenhum 1 = Leve 2 = Moderado 3 = Intenso	0 = Nunca 1 = Ocasionalmente 2 = Frequentemente 3 = Geralmente
1. Telefonar em público (P).		
2. Participar de pequenos grupos (P).		
3. Comer em locais públicos (P).		
4. Beber com outros em locais públicos (P).		
5. Falar com pessoas em posição de autoridade (S).		
6. Agir, realizar ou falar em frente a uma audiência (P).		
7. Ir a uma festa (S).		
8. Trabalhar sendo observado (P).		
9. Escrever sendo observado (P).		
10. Chamar alguém que você não conhece muito bem (S).		
11. Falar com pessoas que você não conhece muito bem (S).		
12. Encontrar com estranhos (S).		
13. Urinar em banheiro público (P).		
14. Entrar em uma sala onde outros já estão sentados (P).		
15. Ser o centro das atenções (S).		
16. Falar em uma reunião (P).		
17. Fazer uma prova (P).		
18. Expressar uma discordância ou desaprovação para pessoas que você não conhece bem (S).		
19. Olhar nos olhos de pessoa que você não conhece bem (S).		
20. Relatar algo para um grupo (P).		
21. Tentar paquerar alguém (P).		
22. Devolver mercadorias para uma loja (S).		
23. Dar uma festa (S).		
24. Resistir às pressões de um vendedor (S).		
<b>ESCORE TOTAL.</b>		
<b>ANSIEDADE DE PERFORMANCE (P).</b>		
<b>ANSIEDADE SOCIAL (S).</b>		



## Anexo B

### APPENDIX 1 – Portuguese version of the Social Phobia Inventory (SPIN)

#### Inventário de Fobia Social (SPIN)

Tradução e adaptação para o Português: Crippa JAS, Graeff FG, Zuardi AW, Hetem LA, Busatto GF, Loureiro SR (2003).

Iniciais	ID	Data	Visita
Idade _____		Estado Civil	Nº Protocolo _____
		<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado	
Sexo		Cor	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		<input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispânico <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Índio <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não sabe	

**INSTRUÇÕES:** Por favor, indique quanto os seguintes problemas incomodaram você durante a última semana. Marque somente um item para cada problema, e verifique se respondeu a todos os itens.

	Nada	Um pouco	Moderado	Bastante	Extremamente
1) Tenho medo de autoridades	0	1	2	3	4
2) Incomodo-me por ficar vermelho na frente das pessoas	0	1	2	3	4
3) Festas e eventos sociais me assustam	0	1	2	3	4
4) Evito falar com pessoas que não conheço	0	1	2	3	4
5) Fico muito assustado ao ser criticado	0	1	2	3	4
6) Evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado	0	1	2	3	4
7) Transpirar na frente das pessoas me incomoda	0	1	2	3	4
8) Evito ir a festas	0	1	2	3	4
9) Evito atividades nas quais sou o centro das atenções	0	1	2	3	4
10) Conversar com estranhos me assusta	0	1	2	3	4
11) Evito falar para uma platéia ou dar discursos (ex. apresentações em sala de aula)	0	1	2	3	4
12) Faço qualquer coisa para não ser criticado	0	1	2	3	4
13) Sentir palpitações cardíacas me incomoda quando estou no meio de outras pessoas	0	1	2	3	4
14) Tenho receio de fazer coisas quando posso estar sendo observado	0	1	2	3	4
15) Ficar envergonhado ou parecer bobo são meus maiores temores	0	1	2	3	4
16) Evito falar com qualquer autoridade	0	1	2	3	4
17) Tremer ou estremecer na frente das outras pessoas me angustia	0	1	2	3	4

COPYRIGHT© JONATHAN DAVIDSON 1995

## Anexo C

Código: \_\_\_\_\_

### OQ-45.2

(Lambert & Burlingame, 1996)  
Versão autorizada para investigação

**Instruções:** Para nos ajudar a compreender como você tem se sentido, considere a última semana, incluindo o dia de hoje. Leia atentamente cada pergunta e assinale com um "X" a categoria que melhor descreve o seu estado atual. **Lembre-se:** Neste questionário, "trabalho" é definido como **emprego, escola, trabalho doméstico, trabalho voluntário, etc.** Por favor responda a todas as questões.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Sempre
1. Eu me dou bem com os outros.	-	-	-	□	□
2. Eu me canso depressa.	-	-	-	□	□
3. Eu não tenho interesse pelas coisas.	-	-	-	□	□
4. Eu me sinto estressado no trabalho.	-	-	-	□	□
5. Eu me culpo pelas coisas.	-	-	-	□	□
6. Eu me sinto irritado.	-	-	-	□	□
7. Eu me sinto infeliz no meu casamento ou relacionamento importante.	-	-	-	□	□
8. Eu tenho pensamentos sobre acabar com minha vida.	-	-	-	□	□
9. Eu me sinto fraco.				□	□
10. Eu me sinto assustado/com medo.				□	□
11. Depois de beber bebidas alcoólicas, preciso beber bebidas alcoólicas na manhã seguinte para começar o dia. <i>(se não bebe marque nunca)</i>	-	-	-	□	□
12. Eu acho meu trabalho satisfatório.	-	-	-	□	□
13. Eu sou uma pessoa feliz.	-	-	-	□	□
14. Eu trabalho muito.	-	-	-	□	□
15. Eu me sinto sem valor.	-	-	-	□	□
16. Eu estou preocupado com problemas familiares.	-	-	-	□	□
17. Eu tenho uma vida sexual insatisfatória.	-	-	-	□	□
18. Eu me sinto sozinho.	-	-	-	□	□
19. Eu discuto com freqüência.	-	-	-	□	□
20. Eu me sinto amado e querido.	-	-	-	□	□
21. Eu aproveito o meu tempo livre.	-	-	-	□	□
22. Eu tenho dificuldade em me concentrar.	-	-	-	□	□
23. Eu me sinto sem esperanças sobre o futuro.	-	-	-	□	□
24. Eu gosto de mim.	-	-	-	□	□
25. Surgem pensamentos perturbadores na minha cabeça dos quais não consigo me livrar.				□	□

v.s.f. »

Código: \_\_\_\_\_

**Lembre-se:** Neste questionário, "trabalho" é definido como emprego, escola, trabalho doméstico, trabalho voluntário, etc.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Sempre
26. Fico incomodado com pessoas que criticam o meu consumo de álcool (ou uso de drogas). <i>(se não se aplicar marque nunca)</i>	=	=	=	□	□
27. Eu tenho problemas de estômago.	=	=	=	□	□
28. Não tenho trabalhado tão bem quanto antes.	-	-	-	□	□
29. O meu coração bate de maneira acelerada.				"	"
30. Eu tenho problemas em relacionar-me com amigos e colegas próximos.	-	-	-	□	□
31. Eu estou satisfeito com a minha vida.	-	-	-	□	□
32. Eu tenho problemas no trabalho por consumir álcool ou usar drogas. <i>(Se não se aplicar marque nunca)</i>	=	=	=	□	□
33. Eu sinto que alguma coisa de ruim vai acontecer.				"	"
34. Eu tenho os músculos doloridos.				"	"
35. Eu tenho medo de espaços abertos, de dirigir ou de estar em ônibus, metrô, etc.	-	-	-	□	□
36. Eu me sinto nervoso.	=	=	=	□	□
37. Eu sinto que meus relacionamentos anteriores são satisfatórios e completos.	-	-	-	□	□
38. Eu sinto que não estou fazendo as coisas direito no trabalho.	-	-	-	□	□
39. Eu tenho muitos desentendimentos no trabalho.				"	"
40. Eu sinto que algo não está bem com a minha cabeça.				"	"
41. Eu tenho problemas em adormecer ou continuar dormindo.	-	-	-	□	□
42. Eu me sinto triste.	=	=	=	□	□
43. Eu estou satisfeito com meus relacionamentos com os outros.	=	=	=	□	□
44. Eu sinto raiva suficiente no trabalho para vir a fazer algo de que posso me arrepender.				"	"
45. Eu tenho dores de cabeça.	-	-	-	□	□

## **Anexo D**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTE DE PESQUISA**

Prezado(a) participante,

Somos pesquisadores da Associação Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.

O(A) convidamos a participar de um projeto de pesquisa de mestrado, que será conduzido por mim, Marina Rafaela Dantas Pedro, sob orientação do Professor Dr. Jan Luiz Leonardi.

Para que você decida se poderá colaborar conosco esclareceremos, resumidamente a seguir, o que será feito. Se, depois de ler, você tiver dúvidas e necessitar esclarecimentos, estaremos à sua disposição.

#### **Justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa:**

Esta pesquisa tem como objetivo investigar a eficácia na redução de sinais e sintomas para clientes que apresentam sinais e sintomas de Transtorno de Ansiedade Social (TAS).

A presente pesquisa consistirá em atendimento psicoterápico individual a ser realizado em dez sessões interventivas de psicoterapia. Durante esta pesquisa as tarefas deste procedimento serão realizadas no total de dez sessões semanais, com duração de 1h30 cada – duas sessões pré-interventivas e oito sessões interventivas. Para tanto, você irá realizar e preencher uma série de atividades (fichas) durante a sessão e, semanalmente em casa, que por sua vez, visam a melhora de comportamentos voltados para as habilidades sociais e resolução efetiva de tarefas diárias. É importante ressaltar que não haverá custo algum decorrente de sua participação neste procedimento.

#### **Desconfortos e riscos possíveis e benefícios esperados:**

A intervenção em investigação pode não ser eficaz para a redução de sinais e sintomas do Transtorno de Ansiedade Social ou, em caráter de exceção, pode ser iatrogênica.

Será garantido que no caso de não haver melhoras ou haver pioras dos sinais e sintomas do participante acerca do quadro de Transtorno Ansiedade Social, será oferecida terapia comportamental gratuita na clínica escola da Associação Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento. Para os participantes que não forem selecionados para participar deste estudo, será oferecida terapia comportamental gratuita na clínica escola da Associação Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.

Como benefício pretende-se com a aplicação do treino do módulo de Efetividade Interpessoal da Terapia Comportamental Dialética (DBT) a redução de sinais e de sintomas dos Transtornos de Ansiedade Social.

Informamos que os participantes não terão quaisquer despesas ao participarem desta pesquisa. Além disso, ao aceitar participar deste estudo o participante abre mão de outros tratamentos psicoterápicos.

**Métodos alternativos existentes:**

Outras formas de intervenções psicoterápicas podem levar aos mesmos benefícios (ou semelhantes) aos previstos pelo procedimento da presente pesquisa, de modo que, caso seja de sua escolha, você poderá recusar participar do presente procedimento, procurando outras formas de psicoterapia.

**Liberdade do cliente se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado:**

Mesmo que você concorde com a participação na pesquisa, caso sinta qualquer desconforto você poderá, a qualquer momento, suspender a participação. É importante que você comunique à terapeuta sobre a desistência, caso ela ocorra. Você poderá discutir conosco qualquer questão ou dúvida e retirar seu consentimento, caso considere necessário. Caso seja sua vontade, tanto a coleta de dados como a análise desses poderão ser interrompidas.

**Garantia do sigilo que assegura a privacidade do cliente:**

As informações prestadas por você durante os atendimentos, e os questionários e fichas respondidos serão utilizados para fins didáticos e de pesquisa, incluindo publicações científicas a fim de contribuir em pesquisas e estudos futuros sobre

Transtorno de ansiedade Social. Essas informações serão tratadas de forma confidencial e os dados de identificação não serão divulgados sob nenhuma hipótese.

Tal Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi redigido de acordo com a Resolução 466/2012, das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos e será assinado em duas vias, sendo que uma delas ficará sob sua posse e a outra com a pesquisadora. Qualquer informação adicional poderá ser obtida junto aos pesquisadores por meio do e-mail: [marina@paradigmaac.org](mailto:marina@paradigmaac.org)

Você receberá uma via deste termo onde consta o e-mail do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, li este termo de consentimento, compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar desta pesquisa. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios que posso ter. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem que esta decisão afete meu tratamento. Concordo que os dados sejam divulgados na forma de comunicação científica, tendo assegurado o anonimato da minha participação. Aceito participar do projeto de pesquisa descrito acima e declaro que estou ciente e concordo com as condições apresentadas.

\*Caso aceite estas condições, por favor, preencha abaixo seus dados de próprio punho e assine no campo indicado:

**São Paulo, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2018.**

**Nome por extenso:** \_\_\_\_\_

**Assinatura do participante:** \_\_\_\_\_

**Assinatura da pesquisadora responsável:** \_\_\_\_\_

Marina Rafaela Dantas Pedro

**Assinatura do orientador responsável:** \_\_\_\_\_

Jan Luiz Leonardi

**Título da pesquisa:** Treino de Efetividade Interpessoal da Terapia Comportamental Dialética (DBT) para Ansiedade Social: um estudo piloto.

**Pesquisadora responsável:** Marina Rafaela Dantas Pedro (Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento).

**Contato da pesquisadora:** Associação Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento –

Rua Wanderlei, 611, Perdizes, São Paulo | CEP: 05011-001, Tel: (11) 3864-9732; e-mail: [marina@paradigmaac.org](mailto:marina@paradigmaac.org)

**Contato do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos:** Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNG - Universidade de Guarulhos - Rua Praça Tereza Cristina, 229, Guarulhos, São Paulo-SP, CEP: 07023-070. Telefone: 11 2464-1664. Email: [comite.etica@ung.br](mailto:comite.etica@ung.br)

## **Anexo E**

### **TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CLIENTE**

Prezado(a) participante,

Sou psicóloga e estudante da Associação Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento e estudo a eficácia de intervenções para o Transtorno de Ansiedade Social. Convido você a participar do meu estudo, que será conduzido por mim, Marina Rafaela Dantas Pedro, e por meu professor, Jan Luiz Leonardi. Vou contar para você sobre meu estudo para que você me diga se quer participar dele ou não. Qualquer dúvida que você tiver, pode perguntar.

Nesse estudo, o [nome do psicólogo] será seu psicólogo e vai te encontrar nessa sala uma vez por semana, durante 1h30 minutos em 10 encontros. Isso se chama terapia. Ele estará aqui para te orientar sobre os principais sintomas decorrentes do quadro de Transtorno de Ansiedade Social, vai tentar entender seus comportamentos, sentimentos e pensamentos e ajudar você a lidar com situações nas coisas que você tenha dificuldade de desempenho tais como sentir medo ao fazer coisas e ser avaliado negativamente, se comportar em situações sociais que possam lhe causar desconforto, entre outros. Ele pode também ensinar como se comportar nessas situações, ter mais sucesso ao se relacionar com amigos, como se sentir melhor ao estar junto das pessoas, como dizer as coisas que pensa e quer, dentre outras coisas. No início não será fácil, pois nós ainda não nos conhecemos, mas depois as coisas podem ficar mais tranquilas e você poderá se sentir melhor. Nós vamos aplicar uma série de atividades durante nossos encontros e dar algumas tarefas para você fazer em casa para eu possamos discutir juntos em sessão. Todas essas atividades vão ficar guardadas comigo, para que eu possa avaliar o seu desempenho durante o processo e a única pessoa além de mim que terá acesso a isso será meu professor, Jan Luiz Leonardi.

O objetivo desse estudo é que você melhore seu desempenho e sinta-se mais confortável e confiante ao lidar com situações que lhe causem algum tipo de desconforto ao se relacionar, conversar com as pessoas, se sentir bem com as pessoas, sem que isso lhe sensação ruins. Primeiro, vamos conversar um pouco sobre o que você sente e como você age nas situações que por você são desconfortáveis e depois vamos começar a fazer as atividades para ajudá-lo a melhorar em relação a essas situações. Todo dia que você vier aqui, vai precisar preencher algumas fichas e realizar comigo algumas tarefas. Fique tranquilo que faremos tudo juntos, não tem nota e nem tem certo e errado!

Esse estudo não apresenta nenhum perigo para você, pois com ele eu quero te ajudar a se relacionar melhor com as pessoas.

Você poderá contar comigo para ajuda-lo quando precisar, me dizendo do que precisa nos nossos encontros e não precisa pagar ou fazer nada por isso. Essa é a função do psicólogo.

Se você passar a não gostar dos nossos encontros, poderá pedir para não vir mais a qualquer momento. E se quiser também poderá pedir para conhecer outro psicólogo para te ajudar.

Durante o estudo, se eu e meu professor percebermos que nossos encontros não estão te fazendo bem, vamos ver o que está acontecendo e também podemos parar os encontros e te avisar. Qualquer dúvida que tiver, é só falar!

Aqui embaixo tem o meu e-mail e o do meu professor. Se você precisar falar com a gente, pode nos escrever.

Marina: [marina@paradigmaac.org](mailto:marina@paradigmaac.org)

Jan: [janleonardi@gmail.com](mailto:janleonardi@gmail.com)

Cordialmente,

---

Marina Rafaela Dantas Pedro

Pesquisadora responsável da Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento

São Paulo, \_\_\_/\_\_\_/2018.

Nome por extenso: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_