

A fobia social e as possibilidades de tratamento

O artigo esclarece os principais aspectos de um quadro de fobia social e indica os bons resultados que a psicoterapia cognitivo-comportamental tem apresentado em seu tratamento com adultos e adolescentes.

Terapia cognitivo-comportamental da fobia social

Cognitive-behavioral therapy in social phobia

Lígia M Ito,¹ Miréia C Roso,¹ Shilpee Tiwari,²
Philip C Kendall,² Fernando R Asbahr¹

Resumo

Objetivo: Este artigo revisa aspectos relevantes da fobia social e os estágios de tratamento através da terapia cognitivo-comportamental em crianças, adolescentes e adultos. **Método:** A partir do banco de dados Medline, realizou-se revisão da literatura publicada a respeito do tratamento da fobia social por meio da terapia cognitivo-comportamental. **Resultados:** Revisão da literatura sugere que a fobia social é uma condição prevalente e crônica, caracterizada por inibição social e timidez excessiva. Tanto o diagnóstico como o tratamento desse transtorno são comumente determinados pelo nível de incômodo e pelo prejuízo funcional. Estudos populacionais indicam taxas de prevalência ao longo da vida para a fobia social entre 2,5 e 13,3%. As principais técnicas utilizadas na terapia cognitivo-comportamental para a fobia social são descritas e exemplificadas em um relato de caso. **Conclusões:** Há consenso geral na literatura de que a terapia cognitivo-comportamental é eficaz tanto para o tratamento de jovens como de adultos com fobia social. Uma vez que a fobia social com frequência tem início precoce, a identificação de crianças com risco acentuado para o desenvolvimento de fobia social deve ser priorizada em investigações futuras.

Descritores: Fobia social; Terapia cognitiva comportamental; Timidez; Ansiedade; Revisão de literatura

Abstract

Objective: This article reviews relevant aspects of social phobia and the stages of treatment within cognitive-behavioral therapy in children and adolescents, as well as in adults. **Method:** A review of the literature published on the treatment of social phobia using cognitive-behavioral treatments was performed using the Medline database. **Results:** A review of the literature suggests that social phobia is a chronic and prevalent condition, characterized by social inhibition and excessive shyness. Diagnosis and treatment of the disorder are usually determined by distress level and functional impairment. Population studies indicate that lifetime prevalence rates for social phobia range from 2.5 to 13.3%. The main techniques used in cognitive-behavioral therapy for social phobia are described and exemplified in a case report. **Conclusions:** There is a general consensus in the literature that cognitive-behavioral therapy is efficacious in the treatment of youth and adults with social phobia. Because of the early onset associated with social phobia, the identification of children at high risk for the development of social phobia should be prioritized in future investigations.

Descriptors: Social phobia; Cognitive-behavioral therapy; Shyness; Anxiety; Literature review

¹ Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brasil

² Temple University, Filadélfia (PA), EUA

Correspondência
Fernando R Asbahr
LIM-23 IPqHCFMUSP
R. Ovídio Pires de Campos, s/n
São Paulo, SP, Brazil
E-mail: frasbahr@usp.br

Introduction

A fobia social (FS) representa um problema grave de saúde mental com características incapacitantes em suas diferentes formas de apresentação. A mais comum é o medo de ser humilhado ou ridicularizado em situações sociais por apresentar atitudes inadequadas ou sintomas de ansiedade como tremor, rubor, sudorese excessiva e desatenção. A interação social torna-se mais ameaçadora se for associada a um descontrole motor observável em comportamentos como beber, comer ou escrever.

A FS pode ser caracterizada como generalizada ou circunscrita, dependendo da quantidade ou diversidade das situações sociais temidas. Estima-se prevalência entre 2,5 e 13,3% de ambos os tipos, para toda a vida em estudos populacionais americanos.^{1,2} Em adultos, é mais freqüente em mulheres e tem início na adolescência, embora muitos adultos relatem sintomas desde a infância. Em crianças, é tão comum no sexo feminino quanto no masculino.³ Indivíduos com FS, independentemente da faixa etária, têm maior risco de apresentar outros diagnósticos psiquiátricos como transtorno de ansiedade generalizada, depressão, fobia específica e dependência de substâncias psicoativas como álcool e tranqüilizantes.³⁻⁵ Além disso, muitos indivíduos apresentam características do transtorno evitativo de personalidade (TEP), um padrão duradouro de esquiva do contato interpessoal, que é considerado por alguns autores como a forma mais grave da FS, com maior tempo de doença e de número e variedade de situações sociais temidas.⁶

Múltiplos são os possíveis fatores relacionados à etiologia da FS. Estudos familiares demonstram um padrão de agregação familiar de FS, principalmente do subtipo generalizada. A maior incidência de FS em parentes de primeiro grau de indivíduos acometidos sugere que, pelo menos parcialmente, esse transtorno seja geneticamente herdado.⁷ Estudos genéticos mais recentes sugerem a possibilidade de herança poligênica, com genes candidatos em pesquisa.⁸ Em estudos de neuroimagem funcional, realizados por meio de ressonância magnética (RMN) ou tomografia por emissão de pósitrons (PET), observa-se a hiperestimulação de estruturas temporais (amígdala, córtex pré-frontal, hipocampo e núcleo estriado) em resposta a imagens aleatórias de faces humanas – o que sugere um sistema límbico hipersensível não somente a estímulos nocivos, mas também a estímulos considerados afetivamente neutros.^{8,9}

Além da vulnerabilidade biológica citada em estudos genéticos e neurobiológicos,^{10,11} uma área muito estudada é a relação entre inibição comportamental (IC) – que inclui introversão, timidez, esquiva e medo de pessoas e objetos estranhos – em bebês e crianças pequenas e FS na adolescência ou início de vida adulta.¹² A IC é um traço de temperamento definido como a tendência do indivíduo a afastar-se frente a novidades. Quando presente, aumenta em quatro a cinco vezes o risco de a criança ou o adolescente desenvolver FS. No entanto, a presença de traços de temperamento como timidez e IC não são suficientes para o desenvolvimento de FS, pois nem todos os que apresentam tais características desenvolvem o transtorno, o que reafirma a importância da associação dos fatores ambientais e biológicos em sua etiologia.¹³ Além disso, pesquisas em desenvolvimento infantil correlacionam inibição social precoce com respostas de proteção e controle exagerados dos pais. Estas, por sua vez, reforçam o retraimento da criança e conseqüentemente dificultam a exposição a situações sociais, formando um ciclo vicioso.¹⁴

Tratamento

As abordagens terapêuticas empiricamente testadas e reconhecidas como eficazes para a FS são a farmacoterapia e a

terapia cognitivo-comportamental individual (TCCI) e em grupo (TCCG). Devido ao enfoque do presente artigo, descreveremos a seguir as abordagens de terapia cognitivo-comportamental (TCC) em crianças, adolescentes e adultos.

Terapia cognitivo-comportamental

1. Modelo teórico

De acordo com o modelo cognitivo-comportamental, indivíduos com ansiedade percebem o mundo como um lugar perigoso, uma ameaça em potencial que lhes exige constante vigilância. Portadores de FS são extremamente sensíveis a pistas que denotem a possibilidade de avaliação negativa de outras pessoas. A excessiva atenção a estas pistas produz autocrítica exagerada e percepção distorcida dos próprios comportamentos que poderiam passar despercebidas. Assim, um breve silêncio na interação social, por exemplo, é interpretado como desinteresse, e a recusa de um convite pode significar constante isolamento e solidão.

A interpretação, ou significado, de uma experiência é permeada por crenças ou valores que o indivíduo constrói. Clark e Wells descrevem as principais crenças de pacientes com FS, que são relacionadas ao medo de cometer erros e ser rejeitado, e de ser incapaz, anormal e inferior.¹⁵ Sob a lente das crenças distorcidas, estímulos neutros são erroneamente interpretados como negativos, enquanto aqueles positivos e seguros são ignorados. Memórias de situações de sucesso, com uso de recursos adequados de enfrentamento no passado, são subestimadas ou pouco valorizadas. Tal percepção distorcida pode desencadear sintomas físicos, comportamentais e cognitivos, que geram desconforto, reforçam a auto-imagem de inadequação e sentimentos de humilhação e contribuem para o afastamento do convívio social. A esquiva e o isolamento intensificam a atenção autofocada e impedem a desconfirmação do caráter ameaçador atribuído ao ambiente e às relações sociais.

2. Características

A TCC é educativa e de natureza focal. Prioriza as discussões práticas realizadas nas sessões e nas tarefas de casa. O terapeuta tem postura colaborativa e ativa no tratamento. Estudos indicam que, para a FS circunscrita, 12 a 16 sessões semanais em grupo ou individual são suficientes para a redução significativa da sintomatologia. Já para a FS generalizada, a resposta ao tratamento depende do número de comorbidades e da gravidade dos sintomas, sendo o tratamento, em geral, mais prolongado e os resultados mais limitados.¹⁶

3. Avaliação

Antecedendo a terapia propriamente dita, colhem-se informações sobre a história da doença, seu início e tempo de duração; história familiar e predisposição biológica; experiências familiares e escolares, relacionamentos sociais, afetivos, sexuais; sintomas fisiológicos, cognitivos e comportamentais; identificação das comorbidades; necessidade de avaliação psiquiátrica e do uso de medicações; situações desencadeantes de sintomas e grau de interferência e prejuízo desses na vida do indivíduo; fatores ambientais e influência familiar; e habilidades sociais pré-existentes.

Os dados colhidos na avaliação são determinantes no planejamento do tratamento. A terapia deve inicialmente priorizar os sintomas que causem maior grau de prejuízo. Dependendo da gravidade da FS, do grau de esquiva e da disponibilidade do paciente, indica-se terapia grupal ou o formato individual.

4. Psicoeducação

É fundamental que se inclua no início da terapia uma sessão para esclarecimento de todas as informações que o paciente necessite sobre seu transtorno e o tratamento. A necessidade de associação com a terapia farmacológica e a importância da inclusão da família no tratamento devem ser aqui abordadas. A orientação familiar deve incluir esclarecimentos sobre como proceder diante das dificuldades na interação com o paciente.

5. Objetivos

Terapeuta e paciente determinam os objetivos da terapia. Os mais comuns incluem a redução da ansiedade antecipatória, sintomas fisiológicos próprios da ansiedade, das cognições negativas que mantêm as crenças disfuncionais, da esquiva fóbica e melhora das habilidades sociais. Esses objetivos devem ser reavaliados ao longo e no final do tratamento. Particularmente em crianças e adolescentes, além de reduzir a ansiedade social, objetiva-se aumentar a autoestima, ajudando o jovem a ampliar sua confiança na comunicação em situações sociais. O foco do tratamento, cujas etapas contam com participação ativa dos pais/responsáveis, é o aumento do repertório de exposição do jovem às diferentes situações, com várias pessoas e atividades,^{17,18} levando a um aumento da sensação de domínio em situações sociais.

Técnicas cognitivo-comportamentais

1. Treino de habilidades sociais (THS) e de assertividade (TA)

A meta essencial é fornecer ao paciente um repertório amplo e variado de comportamentos sociais mais adaptados, diminuindo a passividade e a sensação de impotência ou raiva, considerando as características do paciente e o grupo social em que ele está inserido.

As principais dificuldades comumente descritas pelos pacientes com FS a serem abordadas incluem: iniciar, estabelecer, manter e finalizar uma conversa; manter o foco e o interesse no assunto; tolerar silêncios; eleger temas e saber discorrer sobre o mesmo; mudar o assunto se necessário, estabelecer e manter amizades.¹⁹ Essas dificuldades são abordadas durante o THS e o TA.

O treino deve ser iniciado primeiramente nas consultas e em ambientes familiares, e depois no social mais amplo, como com amigos e vizinhos.

2. Abordagem cognitiva

A reestruturação cognitiva envolve, a princípio, a detecção de pensamentos distorcidos, de crenças condicionais e da crença central do paciente, orientando assim o terapeuta na compreensão sobre o funcionamento cognitivo do paciente.¹⁵

Um diário deve ser utilizado para auxiliar o paciente a registrar seus pensamentos automáticos distorcidos e a respectiva ansiedade em uma situação social. A seguir, o paciente é orientado a observar estes pensamentos com distância e questioná-los, de modo a perceber suas distorções e corrigi-los de maneira a baixar a ansiedade gerada por eles. O desafio dos pensamentos automáticos distorcidos é feito através da técnica de questionamento socrático, com a revisão de evidências que confirmem ou não as hipóteses negativas do paciente.

Ao questionar os pensamentos é possível determinar os tipos de erros lógicos associados. Os erros mais comuns na FS são: leitura mental (“*ele me acha incompetente*”); adivinhação e catastrofização (“*se eu tiver que assinar o meu nome, não vou conseguir escrever*”); e personalização (“*eles não estão me dando atenção. Devo ter falado besteira*”).²⁰

O exercício de identificação, questionamento e modificação dos pensamentos disfuncionais negativos que geram e mantêm a ansiedade fóbica é, por si só, um recurso que permite ao paciente reconhecer a relação entre os pensamentos e os seus sintomas. Além disso, essa aprendizagem capacita o paciente a reduzir a interferência negativa dos pensamentos sobre as emoções, aumentando assim seu controle e autoconfiança.

Uma vez identificados os pensamentos distorcidos, é possível encontrar a crença central subjacente que gerou e mantém tais pensamentos, bem como as crenças condicionais e estratégias compensatórias que o paciente utiliza para lidar com sua crença. Para isso, questiona-se o paciente a respeito do significado dos pensamentos que ele identificou: “*O que significa esse pensamento para você, o que quer dizer a seu respeito?*”.

Alguns autores acreditam que a crença central característica da FS é autodepreciativa (“*sou incompetente, insignificante*”).¹⁵ Por isso, são construídas crenças condicionais ao longo da vida que buscam “encobrir” essa autodepreciação, do tipo “*se eu mostrar minha insegurança, ruborizando, serei humilhado*”; “*se eu não for impecável no meu comportamento, serei desprezado*”. A estratégia compensatória para lidar com este tipo de crença envolve a observação constante e excessiva do próprio comportamento, de modo a não permitir nenhum deslize e uma expectativa exagerada do próprio desempenho.

A modificação das crenças condicionais, das estratégias compensatórias, bem como da crença central, é feita utilizando-se diferentes procedimentos que devem ser escolhidos de acordo com as características e objetivos de cada caso.

3. Manejo de estresse e relaxamento

As técnicas de manejo de estresse e relaxamento são utilizadas no tratamento da FS com o objetivo de fazer com que o paciente aprenda a ter maior controle das respostas fisiológicas próprias da ansiedade. Dessa forma, tais técnicas são bastante utilizadas no tratamento de todos os quadros ansiosos.

No manejo do estresse, o paciente é orientado a identificar os sinais que indicam um aumento de sua ansiedade e a utilizar a distração e/ou um exercício respiratório de maneira a não permitir que a ansiedade aumente.

As técnicas de relaxamento em geral são úteis na diminuição da ansiedade basal e também favorecem a percepção do autocontrole da ansiedade. A mais utilizada é a de Jacobson,²¹ que orienta o paciente a observar cada grupo muscular de maneira a identificar a tensão e propiciar o relaxamento do mesmo.

4. Exposição

A exposição às situações temidas reduz a ansiedade e o comportamento fóbico. Pode ser feita por meio do confronto das situações ao vivo ou na imaginação.

Paciente e terapeuta identificam todas as situações consideradas causadoras de ansiedade. Uma vez listadas, as situações são classificadas hierarquicamente de acordo com o grau de ansiedade que geram, começando com situações que causam menos ansiedade, até as mais temidas de serem enfrentadas. O paciente é orientado, então, a enfrentar as situações que estão no início desta lista e exercitar-se repetidamente, até que sua ansiedade diminua (fenômeno denominado habituação). A exposição a cada uma das situações deve ser sistemática, ou seja, muito freqüente, e por tempo prolongado para que a habituação possa ocorrer.

A utilização de um diário é útil para que o paciente avalie sua ansiedade antes e depois da exposição, registrando dificuldades

encontradas. O diário também auxilia o paciente a observar o progresso conseguido com a exposição e a respectiva diminuição da ansiedade.

A exposição ao vivo consiste em buscar deliberadamente o confronto com situações reais que gerem ansiedade. Algumas tarefas podem ser realizadas por meio da imaginação, a chamada exposição na imaginação ou dessensibilização sistemática. Este procedimento, muitas vezes, é útil para que o paciente aprenda a expor-se antes de passar para situações reais. No tratamento da FS, algumas dificuldades na realização da terapia de exposição são esperadas. Algumas situações que eliciam ansiedade são, muitas vezes, imprevisíveis e de curta duração, o que pode impedir a ocorrência da habituação. Assim, é importante ter cuidado na formulação da lista que definirá a hierarquia das situações de exposição para facilitar a execução da tarefa.

A terapia de exposição em grupo facilita a realização de alguns exercícios entre os membros do próprio grupo e auxilia na criação de situações geradoras de ansiedade sem ter que, necessariamente, contar com o acaso.

5. Programação das tarefas de casa

Durante todo o tratamento, parte da sessão é utilizada para programar e averiguar as tarefas de casa. Estas devem ser praticadas diariamente, usando como modelo o que foi aprendido nas sessões. A necessidade de cumprimento das tarefas deve estar bem estabelecida, assim como a sua relação com o progresso da terapia.

6. Término

A terapia em seu formato semanal deve ser encerrada quando a maioria dos sintomas tiver sua intensidade reduzida significativamente, causando interferência mínima na rotina de vida do paciente. Nesta fase, faz-se a revisão das técnicas aprendidas e orienta-se para a prática contínua das mesmas, visando-se, assim, a manutenção da melhora clínica. Deve-se, também, atentar para recaídas e seus potenciais desencadeantes. Finalmente, as consultas podem ser espaçadas ao longo de um período, até a alta propriamente dita.

Terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG)

Heimberg et al. demonstraram que a TCCG é um tratamento eficiente para FS quando comparada a grupo controle de lista de espera e tratamentos não específicos com suporte emocional.²² Embora não se mostre superior ao formato individual, a impressão clínica sugere que é uma alternativa eficaz para diversos pacientes. As vantagens em relação à terapia individual incluem: membros compartilhando a mesma dificuldade e a própria vivência grupal promovendo exposição ao vivo, evidências contra distorções cognitivas, compromisso público de mudança e aprendizagem vicariante.

Alguns critérios devem ser considerados, especialmente, para a composição do grupo. O grupo deve ser balanceado por gênero, idade e gravidade da FS. Pacientes com depressão e ansiedade graves, com outro transtorno primário que não FS, com transtorno de personalidade associado, e que sejam excessivamente hostis e exigentes, com risco de desenvolver respostas de raiva em defesa ao medo da interação social, não se beneficiam desta terapêutica e devem ser excluídos. São indicados para compor a TCCG pacientes com gravidade semelhante e que apresentem desempenho interpessoal adequado frente a situações que desencadeiem ansiedade.

O número ideal de pacientes para compor o grupo é em torno de seis, e o de terapeutas, dois. O tratamento deve conter em torno de 12 sessões semanais, cada uma com duração de duas horas, seguindo programação estruturada para cada etapa da terapia. As técnicas cognitivo-comportamentais são semelhantes às utilizadas em sessões individuais.

Eficácia da terapia cognitivo-comportamental

Entre as diversas modalidades de psicoterapia, a TCC é o tratamento mais eficaz para a FS.²³ Entretanto, há ainda limitação importante. Nos diversos estudos realizados, avaliações ao final do tratamento e durante o seguimento indicam que muitos pacientes não atingem mais critério diagnóstico para FS, porém ainda apresentam dificuldades significativas em situações sociais, podendo ser consideradas manifestações subsindrômicas desse transtorno.²⁴

Diversos estudos examinam detalhadamente as abordagens cognitiva e comportamental separadamente, a fim de determinar o componente essencial de cada tratamento. Recentemente, Clark et al. demonstraram que um programa de terapia cognitiva (TC) proposto para aumentar a recuperação total dos 62 pacientes fóbicos sociais foi significativamente superior à associação de técnicas de exposição e relaxamento ao final do tratamento e durante seguimento de um ano pós-tratamento.²⁵ No seguimento, 84% dos pacientes que receberam apenas a TC deixaram de preencher critério diagnóstico, enquanto apenas 42% do grupo que recebeu exposição e relaxamento atingiram essa condição.

Clark et al. também compararam TC ao tratamento com fluoxetina/auto-exposição e placebo/auto-exposição.²⁶ Stangier et al. e Mörtberg et al. comparam a TC individual à TCCG.^{27,28} Em todos os estudos, o programa de TC mostrou-se superior à exposição e, nos dois últimos, a TCCG não obteve resultados tão favoráveis quanto os de Clark et al.²⁶ No estudo de Stangier et al., pacientes que receberam TC e TCCG apresentaram melhores resultados nas medidas após o tratamento quando comparados ao grupo controle de lista de espera.²⁷ Entretanto, no seguimento, os sujeitos que receberam TC individual apresentaram resultados superiores aos sujeitos que receberam TCCG.

Relato de caso

André*, 10 anos, sexo masculino, apresentava ansiedade e esquiva social por um longo tempo. Embora gostasse de brincar com amigos, não se sentia confortável se a brincadeira envolvesse mais do que uma criança. Sempre se recusava a ir brincar na casa de um amigo, quando convidado. Comumente queixava-se para sua mãe de não ter amigos. Freqüentar a escola também lhe causava sofrimento, sentindo mal-estar já no caminho para a escola, com dores de estômago e vontade de vomitar. Na lanchonete, não conseguia comer por sentir-se nervoso perto de outras crianças – ele achava que iria vomitar e que seus amigos ririam dele. Esse desconforto piorou a tal ponto, que André passou a recusar a ir para a escola, comer em restaurantes, ou estar em qualquer situação social, exceto quando acompanhado de seu pai ou de sua mãe.

André tinha história familiar de quadros psiquiátricos. Seu pai sofria de transtorno de ansiedade generalizada e sua mãe de depressão. Seus primeiros anos de desenvolvimento foram normais, embora extremamente tímido desde seu nascimento. Enfrentar situações novas sempre foi um problema para ele. Após indicação de seu pediatra, André foi avaliado por um psiquiatra infantil. A informação obtida durante a entrevista inicial foi compatível com o diagnóstico de FS acompanhado de esquiva comportamental. Nenhum sintoma de depressão clínica significativo foi detectado.

A estratégia terapêutica adotada consistiu de 12 sessões de TCC, que incluiu três componentes principais: 1) treino de relaxamento nas três primeiras semanas, com prática de tarefa de casa entre as sessões, usando um CD de relaxamento; 2) treino de habilidades sociais para aumentar a adesão, incluindo habilidades básicas de conversação, como se apresentar, fazer perguntas simples, estabelecer contato visual, manter distância física apropriada e manter o mesmo volume de voz; e, 3) tarefas de exposição ao vivo, tais como conversas semanais com colegas, desenvolvidas para permitir a prática de habilidades de conversação. Seguindo os guias de prática de tratamento de exposição com jovens ansiosos, as situações foram treinadas nas sessões com o terapeuta antes de serem praticadas em lugares específicos, por meio de exposições na imaginação e "role-playing". André foi encorajado a antecipar dificuldades que ele pudesse encontrar e junto com o terapeuta repassou as estratégias de enfrentamento eficazes para lidar com sua ansiedade durante as tarefas de exposição. Nestas, foi importante utilizar estímulos provocadores de ansiedade que mais se assemelhassem às situações reais. Por exemplo, para a tarefa ser genuína e realmente desencadear ansiedade, foram escolhidas situações nas quais muitas crianças estivessem presentes. Um restaurante local perto do consultório do terapeuta foi um dos lugares utilizados para a tarefa de exposição ao vivo. Acompanhado por seu terapeuta, André treinou cumprimentar outras crianças, e ter breves conversas com alguns deles. Estas tarefas de exposição iniciais ajudaram-no a estabelecer uma noção de domínio e sucesso. Uma vez obtido sucesso nessas tarefas, passou a praticar interações sociais em outras situações de maior grau de dificuldade, nas quais o terapeuta não estava sempre presente. Quando o tratamento progrediu, os pais de André foram informados sobre as estratégias utilizadas, especialmente sobre as tarefas de exposição. Algumas vezes, os pais foram incluídos, acompanhando André e o terapeuta nas tarefas de exposição ao vivo. O envolvimento dos pais também foi necessário para as tarefas de exposição prescritas entre as sessões, tais como quando um amigo vinha visitá-lo em casa ou quando tivesse um convite para um aniversário. O terapeuta ensinou aos pais estratégias de solução de problemas para ajudar André a enfrentar possíveis situações de desconforto, assim como qualquer desconforto que eles pudessem sentir nas situações desencadeantes de ansiedade.

Após o final do tratamento, muitos ganhos positivos foram observados. O terapeuta notou que André havia alcançado um nítido

progresso, uma vez que seus níveis de desconforto nas situações sociais haviam decrescido consideravelmente. Além disso, houve um aumento significativo no número de situações sociais que ele participava, incluindo jogar futebol com vizinhos da rua, ir a festas de aniversário de colegas e, no final, a passar uma tarde inteira na casa de amigo, demonstrando que ele não evitava mais situações sociais. Este foi logo considerado seu melhor amigo. Na última sessão, o terapeuta conversou com André e seus pais sobre planos para prevenção de recaídas para garantir a manutenção dos ganhos do tratamento.

*André é um pseudônimo utilizado para manter a confidencialidade.

Conclusões

A TCC constitui tratamento eficaz para pacientes com FS. Na TCCG, um maior número de pacientes é atendido por um terapeuta, diminuindo, assim, significativamente, os custos do tratamento. Além disso, a abordagem grupal, por si só, facilita a exposição ao vivo. Entretanto, a superioridade da TCCG sobre a TCCI não está estabelecida em estudos científicos.

Pacientes com quadro clínico do subtipo generalizado, de longa duração e com transtornos comórbidos, requerem terapia individualizada. Para estes, mesmo o tratamento combinado com a farmacoterapia pode ser insuficiente para a eliminação completa dos sintomas, restando um quadro residual que pode facilitar recaídas. Nesses casos, os tratamentos baseados em evidência empírica não apresentam respostas satisfatórias, tornando-se necessário o uso alternado de variadas terapêuticas consideradas eficazes, e por períodos prolongados. A combinação com a farmacoterapia e com variadas modalidades de TCC para esses pacientes é um campo de pesquisa promissor e merece investigação.

Em se tratando de uma doença que pode incidir precocemente, a identificação de crianças com alto risco para o desenvolvimento de ansiedade social cria oportunidades de prevenção da FS ao longo da infância e adolescência. Pais, professores, médicos pediatras e psicólogos que atuam com jovens poderiam ser educados para alterar a abordagem em relação a elas, de forma a lhes trazer benefícios. A disseminação de manuais de auto-ajuda e de informação para adolescentes e adultos jovens pode ser outra maneira de prevenir o agravamento da FS. A prevenção pode reduzir o sofrimento que a ansiedade social pode causar e ser uma alternativa terapêutica menos custosa no futuro.

Financiamento e conflito de interesses

| Membro do grupo de autores | Local de trabalho | Verba de pesquisa ¹ | Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada ² | Honorários de palestrante | Participação acionária | Consultor/ Conselho consultivo | Outro ³ |
|----------------------------|-------------------|--------------------------------|---|---------------------------|------------------------|--------------------------------|--------------------|
| Lígia M Ito | IPqHCFMUSP | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Miréia C Roso | IPqHCFMUSP | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Shilpee Tiwari | Temple University | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Philip C Kendall | Temple University | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fernando R Asbahr | IPqHCFMUSP | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

* Modesto

** Significativa

*** Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega para pesquisa onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.

Nota: IPqHCFMUSP = Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Para mais informações, consultar instruções aos autores.

Referências

1. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(1):8-19.
2. Lecrubier Y, Weiller, E. Comorbidities in social phobia. *Int Clin Psychopharmacology*. 1997;12(Suppl 6):S17-21.
3. Beidel DC, Morris TL, Turner MW. Social Phobia. In: Morris TL, March JS, editors. *Anxiety disorders in children and adolescents*. 2nd ed. New York: Guilford; 2004. p. 141-63.
4. Schneier FR, Johnson J, Horing CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49(4):282-8.
5. Kessler RC, Sang P, Wittchen HU, Stein M, Walters EE. Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med*. 1999;29(3):555-67.
6. Herbert JD, Hope DA, Bellack AS. Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *J Abnorm Psychology*. 1992;101(2):332-9.
7. Stein MB. Neurobiological perspectives on social phobia: from affiliation to zoology. *Biol Psychiatry*. 1998;44(12):1277-85.
8. Mathew SJ, Ho S. Etiology and neurobiology of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*. 2006;67 Suppl 12:9-13.
9. Fyer AJ. Current approaches to etiology and pathophysiology of specific phobia. *Biol Psychiatry*. 1998;44(12):1295-304.
10. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. The genetic epidemiology of phobias in women: the interrelationship between agoraphobia, social phobia, situational phobia and simple phobia. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49(4):273-81.
11. Pollack MH Comorbidity, neurobiology, and pharmacotherapy of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*. 2001;62(Suppl 12):24-9.
12. Kagan J, Snidman N. Early childhood predictors of adult anxiety disorders. *Biol Psychiatry*. 1999;46(11):1536-41.
13. Kagan J. Temperament and the reaction to the unfamiliarity. *Child Development*. 1997;68(1):139-43.
14. Rubin KH, Nelson LJ, Hastings P, Asendorpf J. The transaction between parent's perceptions of their children's shyness and their parenting styles. *Int J Behav Dev*. 1999;73(1):1-21.
15. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, editors. *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford; 1995. p. 69-93.
16. Heimberg RG. Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biol Psychiatry*. 2002;51(1):101-8.
17. Asbahr FR. Anxiety disorders in childhood and adolescence: clinical and neurobiological aspects. *J Pediatr*. 2004;80(2 Suppl):S28-S34.
18. Kendall PC, Asbahr FR, Ito LM, Chouldhury MS. Crianças e Adolescentes com Transtornos de Ansiedade. In: Knapp P, editor. *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 351-7.
19. Caballo VE, Andrés V, Bas F. Fobia Social. In: Caballo VE, dir. *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. Siglo Veintiuno de España Editores S.A.; 1997. p. 25-86.
20. Falcone EO. O processamento cognitivo da ansiedade na fobia social. *Rev Psiq Clin*. 2001;28(6):309-12.
21. Jacobson E. *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press; 1938.
22. Heimberg RG, Salzman DG, Holt CS, Blendel KA. Cognitive behavioral group treatment for social phobia: effectiveness at five-year follow-up. *Cognitive Ther Res*. 1993;17:325-39.
23. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(1):17-31.
24. Davidson JR, Foa EB, Huppert DJ, Keefe FJ, Franklin ME, Compton JS, Zhao N, Connor KM, Lynch TR, Gadde KM. Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy and placebo in generalized social phobia. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(10):1005-13.
25. Clark DM, Ehlers A, Hackmann A, McManus F, Fennell MJ, Grey N, Waddington L, Wild J. Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(3):568-78.
26. Clark DM, Ehlers A, McManus F, Hackmann A, Fennell MJ, Campbell H, Flower T, Davenport C, Louis B. Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(6):1058-67.
27. Stangier U, Heidenreich T, Peitz M, Lauterbach W, Clark DM. Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behav Res Ther*. 2003;41(9):991-1007.
28. Mörtberg E, Clark DM, Sundin O, Aberg Wistedt A. Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;115(2):142-54.