

# Psicoterapia psicodinâmica em grupo para fobia social generalizada

## Psychodynamic group treatment for generalized social phobia

Daniela Zippin Knijnik,<sup>a</sup> Flávio Kapczinski,<sup>a</sup> Eduardo Chachamovich,<sup>a</sup>

Regina Margis<sup>a</sup> e Claudio Laks Eizirik<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil

### Resumo

**Objetivos:** O objetivo deste estudo é verificar a efetividade do tratamento psicodinâmico em grupo de pacientes com fobia social generalizada.

**Métodos:** 30 pacientes foram incluídos em um estudo randomizado, simples-cego, comparando Terapia Psicodinâmica de Grupo (TPG) com um Grupo de Controle Placebo com Credibilidade (CPC). A TPG foi conduzida em 12 sessões de terapia de orientação psicodinâmica em grupo. Os pacientes do grupo controle receberam um pacote de aulas-discussões e tratamento de apoio por 12 semanas, que foi comparado à TPG. Todos os participantes preencheram a Escala de Liebowitz para Ansiedade Social (LSAS), a Escala Hamilton de Ansiedade (HAM-A) e a Escala de Impressão Clínica Global (CGI), na entrevista inicial e na 12ª semana de tratamento. Os dados foram analisados com uma ANOVA de medidas repetidas. Pacientes em vigência de tratamento farmacológico ou psicoterápico foram excluídos.

**Resultados:** Ambos os grupos apresentaram melhora na maioria das medidas. Na LSAS, os pacientes da TPG obtiveram melhora superior aos do grupo controle, ao cabo de 12 semanas ( $F_{1,28}=4.84$ ,  $p=0.036$ ). Nas medidas basais dos sujeitos que completaram o estudo, não houve diferença entre os grupos em variáveis demográficas e de desfecho.

**Conclusão:** Neste estudo, a TPG foi superior ao tratamento placebo com credibilidade no tratamento da fobia social generalizada, em um ensaio clínico randomizado, simples-cego, de 12 semanas.

**Descritores:** Fobia social. Transtornos da ansiedade. Psicoterapia de grupo.

### Abstract

**Objectives:** The aim of this study is to assess the effectiveness of psychodynamic group therapy in patients with generalized social phobia.

**Methods:** Thirty patients were included in a randomized single-blind clinical trial comparing psychodynamic group treatment (PGT) with a credible placebo control group (CPC). PGT was carried out within a 12-session psychodynamically-oriented group psychotherapy. Control patients received a treatment package of lecture-discussion and support group for 12 weeks which was compared to PGT. Each participant completed the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), the Hamilton Anxiety Scale (HAS) and the Clinical Global Impression Scale (CGI) at pretreatment assessment and after 12 weeks of treatment. Data analysis was carried out using a repeated measures ANOVA. Patients were excluded if they were under any kind of pharmacotherapy or psychotherapeutic treatment.

**Results:** Both groups demonstrated significant pretreatment-to-posttreatment change on most measures. On the LSAS, PGT patients were rated as more improved than controls at posttest assessment ( $F_{1,28}=4.84$ ,  $p=0.036$ ). Baseline data of completers did not show differences between both groups in the demographic variables and outcome variables used.

**Conclusions:** The present study showed that PGT was superior to a credible placebo control group in the treatment of generalized social phobia, in a 12-week randomized single-blind clinical trial.

**Keywords:** Phobic disorders. Anxiety disorders. Psychotherapy, group.

### Introdução

A fobia social é um transtorno de ansiedade caracterizado pelo medo da humilhação e embaraço durante a interação social ou *performance* frente aos outros. Uma revisão publicada em 1985, por Liebowitz et al., referiu-se à fobia social como “um transtorno de ansiedade negligenciado”<sup>1</sup> e o interesse em fobia social aumentou rapidamente desde então. No entanto, são necessários mais estudos para corrigir as lacunas em nosso conhecimento em relação à melhor forma de auxiliar os pacientes que sofrem desse transtorno.

Há fortes evidências sugerindo que drogas – tais como os inibidores da monoamino-oxidase (IMAOs), os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) e os benzodiazepínicos – são superiores ao placebo ao tratar pacientes com fobia social.<sup>2</sup> Os dados de ensaios clínicos randomizados<sup>2</sup> mostraram que certos tipos de psicoterapia podem também auxiliar os

pacientes com fobia social. Alguns autores argumentam que a psicoterapia pode oferecer algumas vantagens a esses pacientes, já que muito do que se aprende durante a psicoterapia pode ser usado no decorrer da vida do paciente e funcionar como um “instrumento de prevenção de recaídas”. Um estudo recente investigou se os tratamentos psicossociais se modificaram na última década. O último estudo mencionado mostrou que o percentual de pacientes que recebem tratamentos psicossociais para transtornos de ansiedade declinou entre 1991 e 1995-6.<sup>3</sup> A terapia psicodinâmica manteve-se como o método mais frequentemente utilizado, embora careça de validação empírica. Métodos como a Terapia Cognitivo-Comportamental, que estão empiricamente validadas, têm uso menos comum.<sup>3</sup> Uma revisão recente de desfechos após terapias psicológicas não mencionou nenhum estudo ou terapia psicodinâmica de grupo para fobia social.<sup>4</sup> O objetivo do pre-

Tabela 1 – Características demográficas do Grupo Psicodinâmico e do Grupo Controle

	TPG (n=15)	CPC (n=15)	p-value
<b>Mulheres:Homens</b>	4:11	5:10	1,00 <sup>a</sup>
<b>Idade (anos) – média ± dp</b>	31,6 ± 10,8	31,5 ± 12,9	0,99 <sup>b</sup>
<b>Estado civil</b>			1,00 <sup>a</sup>
Solteiro	11	12	
Casado	4	3	
<b>Situação laboral</b>			0,51 <sup>c</sup>
Empregado	11	8	
Desempregado	2	3	
Estudante	2	4	

<sup>a</sup>Teste exato de Fisher <sup>b</sup>Teste t-Student <sup>c</sup>Teste do qui-quadrado

sente estudo é o de avaliar a efetividade de TPG em pacientes com fobia social. Nossa hipótese é que a TPG é superior ao CPC no tratamento da fobia social generalizada.

## Métodos

### 1. Sujeitos

Participaram 40 pacientes ambulatoriais (14 mulheres e 26 homens) que buscaram tratamento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Brasil. Pacientes elegíveis para participarem do estudo eram os que tinham idades entre 18 e 60 anos, preenchiam critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)<sup>5</sup> para fobia social generalizada como diagnóstico primário e estavam dispostos a participar em um ensaio clínico randomizado. Os pacientes foram recrutados por meio de anúncios na imprensa e encaminhamento clínico. Todos os pacientes deram o consentimento informado e se submeteram a uma entrevista clínica, estruturada segundo o DSM-IV,<sup>6</sup> para estabelecer os diagnósticos. A gravidade da fobia social foi aferida pelos entrevistadores de acordo com a Escala de Impressão Clínica Global<sup>7</sup> (CGI) e os escores variaram entre 1 (“são”) e 7 (“entre os mais gravemente doentes”). O critério de melhoria foi o escore da CGI, a saber: 1 (melhorado) e 2 (muito melhorado). Esses critérios são amplamente utilizados tanto em psicoterapia como em pesquisas farmacoterápicas. A gravidade da fobia social na linha de base foi também avaliada por meio da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS),<sup>8</sup> cujos escores variavam entre 0 e 144. A gravidade da ansiedade na linha de base foi avaliada pela Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A).<sup>9</sup> As medidas de desfecho selecionadas foram os escores da LSAS, HAM-A e CGI. Os pacientes eram excluídos se tivessem um diagnóstico de transtorno cerebral orgânico e transtorno de personalidade anti-social e depressão maior concorrente, ou se recebessem um escore acima de 18 na Escala de Avaliação de Hamilton para Depressão, que possui 21 itens.<sup>10</sup> Os pacientes também eram excluídos se preenchessem critérios do DSM-IV para outro transtorno de ansiedade além de fobia social e os sintomas do segundo transtorno fossem considerados tão sérios quanto seus sintomas fóbico-sociais e se estivessem se submetendo a qualquer tipo de psicoterapia. Se o paciente estivesse sob tratamento farmacoterápico, um período de quatro semanas de retirada era requerido antes de entrar no estudo. Vinte e um homens e nove mulheres completaram o estudo. Cinco pacientes de cada grupo abandonaram o estudo exclusivamente por razões de horário. As características demográficas dos que completaram o estudo estão descritas na Tabela 1.

### 2. Procedimentos

Os sujeitos foram alocados randomicamente à Terapia Psicodinâmica de Grupo (TPG) ou ao Grupo de Controle Placebo com Credibilidade (CPC). Havia dois grupos por condição, com sete ou oito sujeitos por grupo. Os grupos se reuniram em 12 sessões semanais de 90 minutos. Todos os sujeitos participaram de uma entrevista preliminar na qual os objetivos do tratamento foram explicados individualmente. Os pacientes, então, completaram a avaliação pré-tratamento, que incluiu medidas de avaliação clínica. As avaliações foram repetidas após 12 semanas de tratamento.

As sessões de grupo foram conduzidas pelo primeiro autor. Este é psiquiatra e psicoterapeuta com treinamento prévio em psicoterapia de orientação analítica, sendo também um terapeuta experiente em dois tipos distintos de terapias de grupo, a saber: psicoterapia dinâmica com pacientes idosos e terapia cognitiva com pacientes com fobia social generalizada.

O terapeuta foi supervisionado semanalmente, durante uma hora, por meio de uma leitura detalhada das notas descritivas tomadas sobre cada sessão de grupo. O terceiro e o quarto autores realizaram as avaliações de forma cega à condição em tratamento do sujeito. O segundo autor foi o supervisor do Grupo de CPC e o último autor foi o supervisor do grupo de TPG.

O segundo autor é um psiquiatra qualificado e terapeuta cognitivo (Beck Institute da Filadélfia). O último autor é um psicanalista qualificado, membro da Associação Psicanalítica Internacional (IPA). Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Brasil. As medidas de desfecho completas estão descritas na Tabela 2.

### Terapia Psicodinâmica de Grupo (TPG)

A orientação conceitual da Terapia Psicodinâmica de Grupo é psicanalítica, baseada na hipótese de que os conflitos internos recorrentes e inconscientes estão conectados aos sintomas.<sup>11</sup> As principais contribuições para esse modelo de TPG derivam das contribuições de Bion sobre grupos de trabalho e grupos de hipóteses básicas (dependência, luta-fuga e pareamento).<sup>12,13</sup> O terapeuta objetiva identificar os pensamentos e conflitos inconscientes possivelmente conectados ao sintoma fóbico, tentando cuidadosamente levá-los ao nível da consciência. Essas interpretações promovem *insights* que podem levar a mudanças psíquicas e ao auto-reconhecimento dos mecanismos de defesa do paciente. Por meio de interpretações focais, os pacientes podem lidar melhor com as situações temidas. Atenção especial é dada à resistência e à distribuição de papéis no ambiente do grupo e à contratransferência do terapeuta.<sup>11</sup> Um manual para terapia psicodinâmica de grupo com pacientes

**Tabela 2 – Sintomas avaliados pelos clínicos dos trinta pacientes com fobia social generalizada, segundo o DSM-IV, durante as doze semanas de tratamento com terapia psicodinâmica de grupo e um grupo controle (média±DP) – medidas ANOVA de medidas repetidas**

PONTOS NAS ESCALAS	SEMANA1 (LINHA DE BASE)		SEMANA12		VALORES DE p
	TPG	CPC	TPG	CPC	
LSAS	87,9 ± 21,9	81,9 ± 20,5	67,5 ± 25,4	73,3 ± 29,3	p=0,036
HAM-A	21,6 ± 9,8	20,7 ± 11,6	17,3 ± 9,1	14,1 ± 9,9	p=0,506
CGI	5,1 ± 1,1	5,1 ± 1,1	2,7 ± 0,8	2,5 ± 0,9	p=0,582

Valor de p = corresponde ao valor de p obtido utilizando medidas ANOVA de medidas repetidas (tempo x tratamento).

fóbicos foi preparado, testado e utilizado neste estudo.<sup>14</sup>

#### Descrição das sessões

Sessões 1-3: Formulação do foco por meio da descrição da história pessoal dos pacientes. Desde o começo do tratamento, a participação dos pacientes foi encorajada.

Sessões 4-10: Interpretação da possível relação sintoma-conflito e análise de situações específicas individualizadas, buscando áreas comuns nos e entre os conflitos. Encorajamento da discussão e exposição das situações conflitivas.

Sessões 11-12: Interpretação da ansiedade de separação relacionada aos antecedentes específicos de cada paciente.

Intervenção do terapeuta: dados ativamente obtidos de cada paciente e pacientes como um grupo, formulação de foco e sua elaboração por meio de questionamento, clarificação e interpretações psicodinâmicas extratransferenciais, focando as intervenções em cada participante, mas, quando possível, tentando sempre ligar aspectos comuns entre situações experimentadas pelos pacientes, enfatizando as situações conflitivas subjacentes a seus sintomas fóbicos.

#### Vinheta clínica 1

J. E., 27 anos, mulher. Sofre de fobia social generalizada. J. E. desenvolveu um grave temor de interagir com novas pessoas no trabalho ou com amigos antigos em festas ou bares. Ela também experimentava intensa ansiedade e, em especial, ficava ruborizada sempre que um "ser humano", como ela denominava as pessoas em geral, dirigia-se a ela, mesmo para dizer olá. Quando forçada a confrontar essas situações temidas, seu rosto ficava vermelho, tropeçava nas palavras e não era capaz de completar a frase. Em uma das sessões, outro paciente não recordava seu nome e queria mencionar algo a ela. Ao perguntar ao terapeuta, e não a ela, qual era seu nome, ela ficou totalmente ruborizada, não disse uma palavra e começou a esconder o rosto e chorar. Todo o grupo permaneceu em silêncio por vários minutos. O terapeuta disse ao grupo:

T: O que cada um de vocês está sentindo nesta situação?

J. E.: Eu me sinto completamente ridícula, pois não é normal ficar tão ruborizada até aqui no grupo, em que todos somos vítimas do mesmo problema. Acho impossível me comunicar com outras pessoas, mas, tudo bem, algum dia vou superar isso... Mas ele só perguntou qual é o meu nome e fiquei paralisada.

T: Qual a dificuldade de ser mencionada por R. R. ?

J. E.: Não sei.

T: Tente pensar um pouco, o que vem a sua mente?

J. E.: (chorando) Que quando eu era uma menininha e era responsável por tomar conta de meu irmão menor, durante o dia, enquanto meus pais iam trabalhar, eu me sentia mal em relação a isso. Nunca entendi o que exatamente minha mãe esperava de mim... E cada noite, quando voltava para casa, ela

abria a porta e me chamava e a primeira pergunta era sempre sobre meu irmão e não sobre mim.

T: Quer dizer que você tinha que cuidar dele quando você era jovem. Quantos anos você tinha?

J. E.: 7, 8, 9... E, ainda hoje, que estamos crescidos e vivemos aqui sozinhos, sinto o mesmo em relação a ele.

T: Como você se sente em relação a ele?

J. E.: Responsável, mas incapaz de tomar conta dele.

T: Quer dizer que você tinha que cuidar dele enquanto seus pais estavam fora trabalhando. Eu me pergunto se quando você foi mencionada no grupo, você se sentiu, como no passado, responsável por responder sem ter condições para isso.

J. E.: Talvez sim... Participar aqui no grupo, e principalmente ter a atenção deles sobre mim, é o mesmo que me sentir responsável por meu irmão e ter que responder para minha mãe sobre o que tinha feito durante o dia.

#### Vinheta clínica 2

D. S., 50 anos, sexo masculino. Sofre de fobia social generalizada. D. S. está constantemente com medo de se expor. Ele menciona muita raiva direcionada contra sua esposa. Costuma atuar como um aliado de sua filha contra sua esposa nas discussões domésticas e utiliza essa aliança como um meio de abusar verbalmente de seu filho. Em uma das sessões, em que vários pacientes faltaram, o terapeuta perguntou para o grupo: T: O que vocês acham que aconteceu para que tantas pessoas faltassem à sessão?

D: (imediatamente diz) Eu sempre acho que sou o culpado. Com meu filho, sinto que, de certa forma, estou destruindo mentalmente. Aqui, estou sentindo que os outros colegas não estão presentes hoje por causa das coisas que eu falei na última sessão. Normalmente, sou eu o único que fala, roubo o tempo de todo mundo na sessão.

T: Quer dizer que você se sentiu mal e ameaçado por seu filho porque você o atacou e, possivelmente, temia que esse ataque pudesse se voltar contra você. Você está se sentindo da mesma forma com seus colegas aqui.

Ao final da sessão, o terapeuta oferece uma interpretação, sugerindo que há algo em comum a todos os pacientes, no sentido de que eles tinham sentimentos de raiva contra outras pessoas e tinham medo que esse mesmo sentimento se voltasse contra eles. "Quem com ferro fere com ferro será ferido".

As duas vinhetas acima exemplificam o entendimento básico da fobia social e sua aplicação a cada paciente, de acordo com a história pessoal e o relacionamento objeto de cada um deles. O terapeuta utiliza principalmente interpretações extratransferenciais individuais e também tira vantagem da dinâmica do grupo para formular interpretações de transferência, a fim de aumentar os insights parciais. É possível visualizar, em ambas

as situações, que os dois pacientes, de certa forma, estão ativamente seus conflitos no contexto do grupo e o terapeuta tenta mostrar-lhes, e ao grupo como um todo, como cada nova situação poderia representar um alívio de uma situação específica que está possivelmente vinculada ao sintoma atual. J. E. e D. S., em suas comunicações ao grupo ao final da sessão, parecem compreender esse tipo de conexão.

#### Grupo de Controle Placebo com Credibilidade (CPC)

O Grupo de Controle Placebo com Credibilidade é um conjunto de procedimentos padronizados desenvolvidos por Heimberg et al.<sup>15</sup> Esses procedimentos foram criados como uma forma de comparação com tratamentos ativos, espelhados em ensaios clínicos placebo-controlados randomizados realizados utilizando medicamentos. O CPC combina apresentações educativas e psicoterapia de apoio de grupo. A sessão inicial esteve focada em introduções, regras e no desenvolvimento das bases do tratamento. Na primeira parte das sessões 2-12, foi apresentada uma série de aulas-demonstrações-discussões sobre tópicos relevantes aos indivíduos com fobia social.<sup>15</sup>

Na segunda parte das sessões 2-12, os membros do grupo compartilharam suas atividades da semana anterior e as preocupações em relação a eventos futuros provocadores de ansiedade. Eles também sugeriram métodos por eles utilizados para lidar com situações que são comuns aos outros membros do grupo. Essa parte de apoio de cada sessão foi relativamente não estruturada. Para auxiliar o terapeuta a manter a discussão focada, um conjunto de perguntas foi fornecido em cada sessão, ligando-o com a discussão educacional na primeira metade da sessão. Ao contrário da Terapia Cognitivo-Comportamental de Grupo, os terapeutas abstiveram-se de dar estímulos ou instruções específicas para os pacientes procurarem e confrontarem situações fóbicas (i.e. exposição). Diferentemente da Terapia Psicodinâmica de Grupo, os terapeutas abstiveram-se de dar intervenções e/ou interpretações orientadas ao *insight* para os pacientes lidarem com a situação fóbica. No entanto, os pacientes foram instruídos a discutir quaisquer tópicos que escolhessem e usar o grupo como um fórum no qual eles podiam preparar-se para eventos fóbicos vindouros.<sup>15</sup>

#### Análise estatística

Os testes *t* de Student, do Qui-quadrado e exato de Fisher foram realizados para comparar a linha de base, seguidos por ANOVA de medidas repetidas para as medidas de desfecho (LSAS, HAS, CGI). O nível de significância foi de 5%.

#### Resultados

Apesar de que ambos os grupos tenham demonstrado uma alteração significativa entre o período pré e pós-tratamento ( $F_{1,28}=29,89$ ,  $p<0,001$ ) no escore total da LSAS, os sintomas dos pacientes de TPG foram classificados como significativamente menos graves do que os pacientes de CPC – na avaliação posterior ao teste ( $F_{1,28}=4,84$ ,  $p=0,036$ ). As avaliações na Escala de Ansiedade de Hamilton revelaram uma melhoria em ambos os grupos durante o período de 12 semanas de tratamento ( $F_{1,28}=10,58$ ,  $p=0,003$ ). No entanto, não foram encontradas diferenças significativas entre ambos os grupos ( $F_{1,28}=0,51$ ,

$p=0,506$ ). As avaliações na escala CGI revelaram uma melhoria nos dois grupos no período de 12 semanas ( $F_{1,28}=204,45$ ,  $p<0,001$ ). No entanto, não foram encontradas diferenças significativas entre ambos ( $F_{1,28}=0,31$ ,  $p=0,582$ ) – Tabela 2. Globalmente, os pacientes não diferiram em sua avaliação da linha de base (Tabela 1). Os dados da linha de base dos que completaram o tratamento não revelaram diferenças entre os dois grupos no que diz respeito às variáveis sócio-demográficas (Tabela 1) e às variáveis de desfecho utilizadas (Tabela 2).

#### Discussão

O presente estudo examinou a efetividade do tratamento psicodinâmico em grupo (PGT) para a Fobia Social Generalizada. O grupo PGT produziu redução clínica e estatística significativas na ansiedade fóbica social, em especial nos sintomas evitativos. Enquanto outras modalidades de tratamento (p.ex., Terapia Cognitivo-Comportamental, Farmacoterapia) produzem diminuição na ansiedade, até onde temos conhecimento, este é o primeiro estudo que investiga o efeito desta modalidade terapêutica em grupo (PGT) na Fobia Social Generalizada. Os achados do estudo são significativos, porque o PGT obteve resultados superiores na escala de Liebowitz (LSAS) quando comparado a um grupo controle.

A Psicoterapia Psicodinâmica em grupo parece ser um tratamento viável para indivíduos que experimentam Fobia Social Generalizada. O fato de ser realizada em um *setting* grupal é extremamente relevante, uma vez que o grupo em si é uma fonte de aumento dos sintomas de ansiedade. Uma possível vantagem do PGT e possivelmente uma razão para entendermos os resultados deste estudo é o fato de a experiência em grupo e o *insight* parcial dos conflitos inconscientes terem talvez um efeito potencializador na melhora clínica.

Observando os diálogos das sessões de ambos os grupos, foi possível evidenciar que os sujeitos do PGT aparentemente estavam enfrentando mais diretamente seus conflitos, logo vivenciando uma oportunidade compartilhada para enfrentar os conteúdos externos e subjacentes ao mesmo tempo. Por outro lado, os pacientes do grupo controle (CPC) não tiveram a oportunidade de vivenciar esta experiência onde não apenas sintomas, mas também sentimentos e conflitos, eram constantemente abordados.

Pode-se argumentar que os tratamentos de orientação psicodinâmica levariam períodos mais longos para apresentar seus efeitos terapêuticos. Estudos futuros são necessários para avaliar se uma maior duração de TPG poderia produzir melhores resultados.

Heimberg et al.<sup>15</sup> demonstraram que a Terapia Cognitivo-Comportamental de grupo (TCC) é superior ao tratamento com placebo com credibilidade em pacientes com fobia social. A duração do tratamento utilizado por Heimberg et al.<sup>15</sup> foi igual ao tempo utilizado neste estudo. Não é possível fazer comparações diretas entre TPG e TCC no tratamento de fobia social, pois tal estudo ainda não foi realizado. Com os dados atuais, no entanto, nossos resultados sugerem que, ao selecionarem-se tratamentos de grupo de curto prazo para fobia social, apesar de a TCC apresentar melhores resultados, a TPG também deve ser considerada como modalidade terapêutica.

Infelizmente, tratamentos psicanalíticos de longo prazo são

difíceis de serem estudados empiricamente e a maior parte do que se sabe sobre fobia social origina-se de relatos de casos.<sup>16,17</sup>

Em um estudo exploratório com 23 pacientes em tratamento psicanalítico, 35% deles foram diagnosticados como Transtorno de Personalidade Evitativa (que geralmente se sobrepõe à fobia social generalizada) no início do estudo e 22 deles claramente melhoraram após um ano de terapia duas vezes por semana. O estudo mencionado possuía uma amostra bem pequena e não foi controlado.<sup>18</sup> A amostra do presente estudo também foi pequena, mas foi uma primeira tentativa de comparar TPG com um grupo controle utilizando um ensaio clínico randomizado, simples-cego, de curto prazo.

Para alguns pacientes com fobia social e vários distúrbios de personalidade, manifestados por estruturas de ego fracas, identidade não clara e baixa auto-estima, a Terapia Cognitivo-Comportamental e o tratamento psicofarmacológico podem também não ser efetivos. Nessas situações, uma terapia psicodinâmica de curto prazo pode permitir que os pacientes se exponham às situações geradoras de ansiedade com menos sintomas.<sup>19</sup>

Outras modalidades de terapia, além da TCC, são necessárias para a fobia social: os tratamentos estabelecidos (TCC e farmacológico) não beneficiam todos os pacientes e, para muitos, fornecem somente diminuição parcial dos sintomas e recorrência dos sintomas no acompanhamento de longo prazo.<sup>20</sup>

Há diversas limitações no presente estudo: o fato de que o mesmo terapeuta tenha realizado ambos os tratamentos possui vantagens e desvantagens. Uma vantagem potencial é que não há alteração na figura do terapeuta que, sabidamente, pode influenciar todos os tipos de psicoterapia. A desvantagem potencial pode surgir da possível filiação do terapeuta a um certo tipo de terapia em detrimento de outra. Isso pode levar a um viés sistemático, que pode favorecer, consciente e inconscientemente, uma das intervenções. Pelo que sabemos, não houve viés contra o enfoque psicodinâmico, já que este estudo foi desenhado e concebido como um meio de expandir as aplicações da terapia psicodinâmica breve. Outra possível limitação deste estudo foi o fato de que somente quatro grupos foram constituídos, dois de cada tipo de intervenção e, talvez, com mais grupos dirigidos por terapeutas diferentes e experimentados em cada técnica, diferentes desfechos poderiam ser obtidos. Essa é uma idéia para estudos futuros.

Esse campo promissor precisa ser cuidadosa e sistematicamente investigado e, talvez, uma forma mais apropriada de fazê-lo seja por meio do uso de métodos qualitativos, juntamente com a metodologia quantitativa que foi utilizada no presente relato.

## Conclusão

Neste estudo, a TPG foi superior a um Grupo Placebo-controlado com Credibilidade no tratamento de fobia social generalizada em um ensaio clínico, simples-cego, de 12 semanas. Estudos posteriores, com novos desenhos, poderiam apontar novas evidências sobre a eficácia de enfoques de orientação psicodinâmica.

**Financiamento e Conflito de interesses:** Inexistente  
 Recebido em 04.08.2005  
 Aceito em 08.01.2004

## Referências

1. Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ, Klein DF. Social phobia a review of a neglected anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42(2):729-36.
2. Gould RA, Buckminster S, Pollack MH, Otto MW, Yap L. Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology – Science & Practice* 1997;4(4):291-306.
3. Goisman RM, Warshaw MG, Keller MB. Psychosocial treatment prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder and social phobia, 1991-1996. *Am J Psychiatry* 1999;156(11):1819-21.
4. Fonagy, P. A review of outcomes research according to nosological indication. Unpublished manuscript; 2003.
5. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed.* Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
6. First MB, Spitzer RL, Williams JBW, et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) (User's Guide and Interview). Research Version. New York: Biometrics Research Department, New York Psychiatry Institute; 1995.
7. Guy W. Assessment manual for psychopharmacology. US Government Printing Office; 1976.
8. Heimberg RG, Horner KJ, Juster HR, Safren SA, Brown EJ, Schneier FR, Liebowitz MR. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine* 1999;29:199-212.
9. Hamilton M. The Assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology* 1959;32:50-5.
10. Hamilton M. A rating scale depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
11. Eizirik CL, Kapczinski FP. Observing countertransference in brief dynamic psychotherapy. *Psychother Psychosom* 1991;56:174-81.
12. Bion WR. Experiences in groups and other papers. Tavistock Publications; 1961.
13. Pines M. Bion and group psychotherapy. Routledge and Kegan Paul; 1985.
14. Knjnik DZ, Kapczinski FP, Chachamovich E, Margis R, Eizirik CL. A manual for psychodynamic group psychotherapy in generalized social phobia. Unpublished; 2000.
15. Heimberg RG, Dodge CS, Hope DA, Kennedy CR, Zollo LJ, Becker RE. Cognitive behavioral group treatment for social phobia: comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research* 1990;14(1):1-23.
16. Frances A, Nemiah JC. Which psychodynamic therapy for painfully shy patient? *Hosp Comm Psychiat* 1983;34:1111-7.
17. Kaufman RM. A clinical note on social anxiety. *Psychoanal Ver* 1941;28:72-7.
18. Vaughan SC, Marshall RD, Mackinnon RA. Can we do psychoanalytic outcome research? A feasibility study. *Int J Psychoanal* 2000;81:513-27.
19. Alnaes R. Social Phobia: research and clinical practice. *Nord J Psychiatry* 2001;55(6):419-25.
20. Lipsitz JD, Marshall RD. Alternative psychotherapy approaches for social anxiety disorder. *Psychiatrc Clin North Am* 2001;24(4):817-29.

## Correspondência

Daniela Zippin Knjnik  
 Rua Hilário Ribeiro, 202 – cj. 503  
 90510-040 Porto Alegre, RS, Brasil  
 Tel./Fax: (51) 3346-6902  
 E-mail: knjnikd@terra.com.br