

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Medicina

Programa de Pós - Graduação em Medicina: Clínica Médica

Dissertação de Mestrado

**Comparação entre duas formas de Terapia de Grupo
para Pacientes com Fobia Social Generalizada**

Autora: Daniela Zippin Knijnik

Orientador: Prof. Dr. Claudio Laks Eizirik

Porto Alegre

2002

O projeto de pesquisa que deu origem a esta Dissertação de Mestrado foi desenvolvido em caráter colaborativo entre o Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

O Protocolo deste estudo foi aprovado, em março de 1999, sob o número 99080, pelas Comissões Científica e de Pesquisa e Ética em Saúde, reconhecida pela CONEP como Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

***"As a rule, what is out of sight disturbs men's
minds more seriously than what they see."***

Shakespeare in The Tragedy of Julius Caesar

Agradecimentos

À minha mãe, Iara Zippin Knijnik e ao meu pai, Renato Knijnik por terem me dado a vida e me ensinarem a viver com amor e dignidade.

Aos meus irmãos, Fernanda, Rafael, Eduardo e Felipe, pela amizade, compreensão e apoio para tantas conquistas.

Aos meus avós, Rebeca Grinberg Zippin e Raphael Zippin, Ana Chasavoimaster Knijnik e Jacob Knijnik, pelo infindável carinho.

À minha querida tia Eugênia Grimberg, sempre presente em minha formação profissional com otimismo.

Ao Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik, pela orientação nesta dissertação e por me incentivar à busca de respostas.

Ao Prof. Dr. Flávio Kapczinski, pela co-orientação e disponibilidade nesta dissertação.

À equipe de trabalho do Ambulatório de Psicofarmacologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo apoio, estímulo e amizade; em especial: Dr. Eduardo Chachamovich e Dra. Regina Margis.

Aos pacientes e controles pela inestimável colaboração.

À Dra. Clarissa Severino Gama e ao Dr. Paulo Belmonte Abreu, pela maneira solidária e muito amigável de encorajar a seguir em frente.

A Estatística do GPPG Vânia Naomi Hirakata pela maneira amigável de ensinar.

A minha secretária, Joanita, presente em todas as horas.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	9
3. OBJETIVOS.....	35
4. REFERÊNCIAS DA REVISÃO DA LITERATURA	36
5. ARTIGO CIENTÍFICO EM INGLÊS	43
6. ARTIGO CIENTÍFICO EM PORTUGUÊS.....	63
7. ANEXOS	83
7.1 Termo de Consentimento Informado	84
7.2 Escala de Fobia Social de Liebowitz (LSAS).....	85
7.3 Escala de Hamilton de Ansiedade (HAM-A)	86
7.4 Escala de Hamilton de Depressão (HAM-D 21 itens).....	87
7.5 Escala de Impressão Clínica Global (CGI)	92

1. INTRODUÇÃO

Em um estudo de morbidade psiquiátrica de adultos realizado em Porto Alegre, São Paulo e Brasília, (Almeida Filho et al., 1992) encontraram os transtornos ansiosos em primeiro lugar entre os mais prevalentes diagnósticos psiquiátricos, constituindo o principal problema de saúde mental nas regiões urbanas brasileiras. Dentre os transtornos ansiosos, os mais freqüentes são os transtornos fóbicos. Os transtornos fóbicos ou fobias consistem na evitação de um determinado objeto ou situação que produza ansiedade. Quando o portador de um quadro fóbico é exposto ao estímulo que evita (estímulo fóbigeno), experimenta intensa ansiedade e mal estar. O método mais utilizado atualmente para tratar fobias consiste na exposição gradual ao estímulo fóbigeno. A teoria que fornece a base para este procedimento é a do condicionamento clássico (Marks, 1987). As fobias podem ser classificadas em dois grandes grupos, quais sejam a Fobia Simples e a Fobia Social.

Fobia social é uma entidade nosológica que tradicionalmente recebeu pouca atenção, tendo sido reconhecida oficialmente como um transtorno psiquiátrico somente após a publicação do DSM-III. Entretanto, inúmeras pesquisas têm sido desenvolvidas desde então nos campos de epidemiologia, comorbidades, bases etiopatológicas e tratamento desta condição. A característica essencial da Fobia Social é um medo acentuado e persistente de situações sociais ou de desempenho nas quais o indivíduo poderia sentir embaraço (Liebowitz et al., 1985). A exposição à situação social ou de desempenho provoca, quase que invariavelmente, uma resposta imediata de ansiedade. Mais comumente, a situação social ou de desempenho é evitada, embora às vezes seja suportada com sofrimento. Nestes casos, os sintomas de ansiedade incluem comumente rubor facial, sudorese,

taquicardia, tremores, gagueira, boca seca, cefaléia e dispnéia. Estudos recentes apontam uma prevalência ao longo da vida de 13.3% para fobia social, definida pelos critérios do DSM-III-R, sendo altamente comórbida com outras entidades nosológicas como outros transtornos de ansiedade, depressão maior e abuso de substâncias.

A Fobia Social é altamente prevalente em atendimento primário, mas, em grande parte dos casos, permanece não diagnosticada e não tratada. A baixa taxa de reconhecimento e de tratamento apropriado reflete o fato de que a Fobia Social permanece uma doença de ansiedade amplamente negligenciada (Stein, 1998).

A Fobia Social tem como característica fundamental a sensação do portador de que suas atitudes serão julgadas negativamente pelas pessoas que com ele convivem. Denomina-se Fobia Social circunscrita o quadro onde o portador evita uma determinada situação de exposição social como falar em público, por exemplo. Denomina-se Fobia Social generalizada quando o portador evita quase todas as situações que envolvam convívio social (Marks, 1970). A Fobia Social generalizada é o tipo de fobia que produz maiores prejuízos no trabalho e convívio social dos portadores (Stein, 1998).

O tratamento mais estudado na fobia social generalizada é o uso de psicofármacos. Desde os anos 80, ensaios clínicos randomizados têm demonstrado a superioridade dos inibidores da monoamino-oxidase em relação ao placebo (Liebowitz et al., 1985). Mais recentemente, os inibidores da recaptção da serotonina têm sido propostos como tratamento deste transtorno (Van Ameringen et al., 2001). Além do tratamento medicamentoso, existem evidências de ensaios clínicos comprovando a eficácia da terapia cognitivo-comportamental em grupo como método de tratamento da Fobia Social (Heimberg et al., 1994).

A idéia de utilizar tratamentos em grupo para esta patologia parte do pressuposto de que o convívio social inerente à terapia de grupo poderia funcionar como exposição para estes pacientes, contribuindo para a extinção do comportamento de esquiva. Dentro deste mesmo raciocínio, pode-se supor que outras modalidades de terapia em grupo sejam igualmente eficazes no tratamento da Fobia Social.

A Fobia Social, embora seja quadro clínico de recente individualização e descrição é de longa data alvo de atenção de tratamentos psicanalíticos e psicoterápicos, seja como diagnóstico específico ou seja associada a transtornos de personalidade.

Estudos recentes (Roth et al.,1996) evidenciam a efetividade de técnicas de exposição e abordagens cognitivas e comportamentais. Não há relato de estudos específicos sobre a abordagem psicodinâmica destes quadros, conduzidos dentro de metodologia que permita comparação com outras terapias ou que evidencie a real utilidade desta modalidade específica.

O presente estudo insere-se no propósito atual de buscar alternativas terapêuticas de efetividade comparada para a Fobia Social Generalizada, bem como de examinar com rigor o possível emprego da abordagem psicodinâmica, que uma longa experiência clínica tem evidenciado ser útil e efetiva nesta e em outras condições clínicas. Portanto, pretende comparar a eficácia de uma nova modalidade terapêutica específica em grupo para a Fobia Social Generalizada, a Psicoterapia Breve Dinâmica, com um grupo controle com credibilidade (Heimberg, 1990).

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Fobia Social: Características Diagnósticas (DSM-IV)

A característica essencial da Fobia Social é um medo acentuado e persistente de situações sociais ou de desempenho nas quais o indivíduo poderia sentir embaraço. A exposição à situação social ou de desempenho provoca, quase que invariavelmente, uma resposta imediata de ansiedade. Esta resposta pode assumir a forma de um Ataque de Pânico ligado à situação ou predisposto pela situação. Embora adolescentes e adultos com este transtorno reconheçam que seu medo é excessivo ou irracional, isto pode não ocorrer com crianças. Mais comumente, a situação social ou de desempenho é evitada, embora às vezes seja suportada com pavor. O diagnóstico é apropriado apenas se a esquiva, o medo ou a antecipação ansiosa quanto a deparar-se com a situação social ou de desempenho interferem significativamente na rotina diária, funcionamento ocupacional ou vida social do indivíduo, ou se a pessoa sofre acentuadamente por ter uma fobia. Em indivíduos com menos de 18 anos, os sintomas devem ter persistido por pelo menos 6 meses antes de se fazer o diagnóstico de Fobia Social. O medo ou esquiva não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Pânico, Transtorno de Ansiedade de Separação, Transtorno Dismórfico Corporal, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ou Transtorno da Personalidade Esquizóide). Se um outro transtorno mental ou condição médica geral está presente (por ex., Tartamudez, doença de Parkinson,

Anorexia Nervosa), o medo ou a esquivia não se limitam à preocupação com seu impacto social.

Nas situações sociais ou de desempenho temidas, os indivíduos com Fobia Social experimentam preocupações acerca de embaraço e temem que outros os considerem ansiosos, débeis, "malucos" ou estúpidos. Eles podem ter medo de falar em público em virtude da preocupação de que os outros percebam o tremor em suas mãos ou voz ou podem experimentar extrema ansiedade ao conversar com outras pessoas pelo medo de parecer que não sabem se expressar. Eles podem esquivar-se de comer, beber ou escrever em público, pelo medo de sentirem embaraço se os outros perceberem suas mãos trêmulas. Os indivíduos com Fobia Social quase sempre experimentam sintomas de ansiedade (por ex., palpitações, tremores, sudorese, desconforto gastrointestinal, diarreia, tensão muscular, confusão, rubor facial- este último pode ser mais típico de Fobia Social) nas situações sociais temidas e, em casos graves, esses sintomas podem satisfazer os critérios para um Ataque de Pânico.

Os adultos com Fobia Social reconhecem que o medo é excessivo ou irracional, embora o reconhecimento nem sempre ocorra com crianças. Por exemplo, o diagnóstico seria de Transtorno Delirante ao invés de Fobia Social para um indivíduo que evita comer em público por causa de uma convicção de que será observado pela polícia e não reconhece que seu medo é excessivo ou irracional. Além disso, o diagnóstico não se aplica se o medo é razoável no contexto dos estímulos (por ex., medo de ser chamado para responder em aula, quando não está preparado).

O indivíduo com Fobia Social tipicamente evita as situações temidas. Com menor frequência, força-se a suportar a situação social ou de desempenho, porém o faz com intensa ansiedade. A ansiedade antecipatória acentuada também pode ocorrer bem antes do

advento das situações sociais ou públicas (por ex., preocupação todos os dias, por várias semanas, antes de comparecer a um evento social). Pode haver um círculo vicioso de ansiedade antecipatória levando à cognição temerosa e sintomas de ansiedade nas situações temidas, que conduzem a um fraco desempenho, real ou percebido, nessas situações, levando, por sua vez, ao embaraço e maior ansiedade antecipatória acerca das situações temidas, e assim por diante.

O medo ou a esquiva devem interferir significativamente na rotina normal, no funcionamento ocupacional ou acadêmico ou em atividades ou relacionamentos sociais, ou o indivíduo pode experimentar acentuado sofrimento por ter a fobia. Por exemplo, uma pessoa que teme falar em público não recebe diagnóstico de Fobia Social se esta atividade não é encontrada rotineiramente em seu emprego ou sala de aula, nem se a pessoa não sofre particularmente com isso. Temores de se sentir embaraçado em situações sociais são comuns, mas geralmente o grau de sofrimento ou prejuízo é insuficiente para indicar um diagnóstico de Fobia Social. A ansiedade ou esquiva social transitória é especialmente comum na infância e adolescência (por ex., uma adolescente pode esquivar-se de comer em frente aos rapazes por um curto período de tempo, reassumindo depois o comportamento habitual). Em indivíduos com menos de 18 anos, apenas sintomas que persistem por pelo menos 6 meses qualificam-se para o diagnóstico de Fobia Social (DSM-IV).

Subtipos

A) Generalizada: Este especificador pode ser atribuído quando os temores estão relacionados à maioria das situações sociais (por ex., iniciar ou manter conversas, participar de pequenos grupos, encontrar-se com pessoa do sexo oposto, falar com figuras de autoridade, comparecer a festas). Os indivíduos com Fobia Social Generalizada, em geral

temem situações de desempenho em público e situações de interação social. Uma vez que os indivíduos com Fobia Social com frequência não relatam espontaneamente toda a faixa de seus temores sociais, o clínico pode revisar com eles uma lista de situações sociais e de desempenho. Os indivíduos cujas manifestações clínicas não satisfazem a definição de Generalizada compõem um grupo heterogêneo, que inclui os que temem uma única situação de desempenho, bem como aqueles que temem várias, mas não a maioria das situações sociais. Os indivíduos com Fobia Social Generalizada, podem estar mais propensos a manifestar déficits nas habilidades sociais e a ter severo prejuízo social e ocupacional.

B) Circunstrita (ou Específica): Este subtipo é caracterizado por um padrão mais restrito de ansiedade, freqüentemente associado a uma única situação social como falar em público. Por vezes, pode ser notado em situações que, previamente, eram realizadas sem dificuldades.

É importante salientar que a diferenciação entre os subtipos por vezes é ambígua e de difícil realização. Muitos estudos comparativos demonstram padrões clínicos semelhantes entre os dois subtipos. O subtipo generalizado, consistentemente mais prevalente (cerca de 70% dos casos), está mais associado à ansiedade grave, depressão, inibição social, evitação e temor de críticas do que o subtipo circunstrito.

Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero : A apresentação clínica e o prejuízo resultante podem diferir entre as culturas, dependendo das exigências sociais. Em certas culturas (por ex., Japão e Coréia), os indivíduos com Fobia Social podem desenvolver medos persistentes e excessivos de ofender outras pessoas em situações sociais, ao invés do medo do embaraço. Esses temores podem tomar a forma de uma ansiedade extrema quando pensam que o fato de corar, o contato visual direto ou o odor do próprio corpo ofendem outras pessoas (taijin kyofusho, no Japão).

Em vista do início precoce e curso crônico do transtorno, o prejuízo em crianças tende a assumir a forma de um fracasso em atingir o nível esperado de funcionamento, ao invés de um declínio a partir de um nível mais elevado. Em contraste, quando o início ocorre na adolescência, o transtorno pode provocar declínio no desempenho social e acadêmico.

Estudos epidemiológicos e comunitários sugerem que a Fobia Social é mais comum em mulheres do que em homens(1.5:1). Na maioria das amostras clínicas, entretanto, os sexos são igualmente representados, ou a maioria dos pacientes é do sexo masculino (Kessler et al., 1994).

Prevalência

Estudos epidemiológicos e comunitários relataram uma prevalência durante a vida variando de 3 a 13%, para a Fobia Social. Na população geral, a maioria dos indivíduos com Fobia Social teme falar em público, enquanto um pouco menos da metade teme falar com estranhos ou conhecer novas pessoas. Outros medos relacionados ao desempenho (por ex., comer, beber ou escrever em público, ou usar um banheiro público) parecem ser menos comuns. Em contextos clínicos, a grande maioria das pessoas com Fobia Social teme mais de um tipo de situação social. A Fobia Social raramente é motivo de hospitalização. Em clínicas ambulatoriais, os índices de Fobia Social variam de 10 a 20% dos indivíduos com Transtornos de Ansiedade, com ampla variação de acordo com o local (Kessler et al., 1994).

Curso

A Fobia Social tipicamente inicia em uma fase intermediária da adolescência, às vezes emergindo a partir de uma história de inibição social ou timidez na infância. O curso da Fobia Social frequentemente é contínuo. A duração comumente é vitalícia, embora o transtorno possa ter sua gravidade atenuada ou remitir durante a idade adulta. A gravidade

do prejuízo pode flutuar de acordo com os estressores e exigências da vida. A Fobia Social pode acarretar complicações como: diminuição do desempenho escolar/profissional, dependência financeira, depressão, alcoolismo e risco de suicídio (Kessler et al., 1994).

Padrão Familiar

A Fobia Social ocorre com maior frequência entre os parentes em primeiro grau (6.6%) dos indivíduos com o transtorno, em comparação com controles normais (0.2%).

Diagnóstico Diferencial

Os indivíduos que apresentam tanto Ataques de Pânico quanto esquiva social às vezes representam um problema diagnóstico particularmente difícil. O protótipo da Fobia Social caracteriza-se pela esquiva de situações sociais na ausência de Ataques de Pânico recorrentes e inesperados.

A esquiva de situações pelo medo de uma possível humilhação é altamente proeminente na Fobia Social, mas às vezes pode ocorrer no Transtorno de Pânico Com Agorafobia e na Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico. As situações evitadas na Fobia Social restringem-se àquelas envolvendo um possível escrutínio por outras pessoas. Os temores na Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico tipicamente envolvem agrupamentos característicos de situações que podem ou não envolver o escrutínio por outros (por ex., estar sozinho fora de casa ou estar sozinho em casa; estar sobre uma ponte ou em um elevador; viajar de ônibus, trem, automóvel ou avião).

Embora o medo de embaraço ou humilhação possa estar presente no Transtorno de Ansiedade Generalizada ou na Fobia Específica (por ex., embaraço por desmaiar ao extrair sangue), este não é o foco principal do medo ou ansiedade do indivíduo.

Em um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento e no Transtorno da Personalidade Esquizóide, as situações sociais são evitadas em razão de falta de interesse em relacionar-se com outros indivíduos.

O Transtorno da Personalidade Esquiva compartilha diversas características da Fobia Social e parece sobrepor-se extensamente à Fobia Social Generalizada. Para os indivíduos com Fobia Social Generalizada, cabe considerar o diagnóstico adicional de Transtorno da Personalidade Esquiva.

A ansiedade social e a esquiva de situações sociais são características associadas de muitos outros transtornos mentais (por ex., Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico, Esquizofrenia, Transtorno Dismórfico Corporal). Se os sintomas de ansiedade ou esquiva social ocorrem apenas durante o curso de um outro transtorno mental e são melhor explicados por esse transtorno, não se faz o diagnóstico adicional de Fobia Social.

Os indivíduos com Fobia Social podem estar vulneráveis a uma piora na ansiedade e esquiva social em virtude de uma condição médica geral ou transtorno mental com sintomas potencialmente embaraçosos (por ex., tremor na doença de Parkinson, comportamento alimentar anormal na Anorexia Nervosa, obesidade, estrabismo ou cicatrizes faciais). Entretanto, se a ansiedade e esquiva social estão limitadas a preocupações acerca da condição médica geral ou transtorno mental, por convenção, o diagnóstico de Fobia Social não é feito. Se a esquiva social é clinicamente significativa, pode-se dar um diagnóstico separado de Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação.

A ansiedade de desempenho, o medo do palco e a timidez em situações sociais que envolvem pessoas estranhas são comuns e não devem ser diagnosticados como Fobia Social, a menos que a ansiedade ou esquiva tragam prejuízo clinicamente significativo ou sofrimento acentuado.

Tabela 1. Critérios Diagnósticos para Fobia Social pelo DSM-IV

A. Medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, onde o indivíduo é exposto a pessoas estranhas ou ao possível escrutínio por outras pessoas. O indivíduo teme agir de um modo (ou mostrar sintomas de ansiedade) que lhe seja humilhante e embaraçoso.

Nota: Em crianças, deve haver evidências de capacidade para relacionamentos sociais adequados à idade com pessoas que lhes são familiares e a ansiedade deve ocorrer em contextos que envolvam seus pares, não apenas em interações com adultos.

B. A exposição à situação social temida quase que invariavelmente provoca ansiedade, que pode assumir a forma de um Ataque de Pânico ligado à situação ou predisposto por situação.

Nota: Em crianças, a ansiedade pode ser expressa por choro, ataques de raiva, imobilidade ou afastamento de situações sociais com pessoas estranhas.

C. A pessoa reconhece que o medo é excessivo ou irracional.

Nota: Em crianças, esta característica pode estar ausente.

D. As situações sociais e de desempenho temidas são evitadas ou suportadas com intensa ansiedade ou sofrimento.

E. A esquiva, antecipação ansiosa ou sofrimento na situação social ou de desempenho temida interferem significativamente na rotina, funcionamento ocupacional (acadêmico), atividades sociais ou relacionamentos do indivíduo, ou existe sofrimento acentuado por ter a fobia.

F. Em indivíduos com menos de 18 anos, a duração é de no mínimo 6 meses.

G. O temor ou esquiva não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral nem é melhor explicado por outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Pânico Com ou Sem Agorafobia, Transtorno de Ansiedade de Separação, Transtorno Dismórfico Corporal, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ou Transtorno da Personalidade Esquizóide).

H. Em presença de uma condição médica geral ou outro transtorno mental, o medo no Critério A não tem relação com estes; por ex., o medo não diz respeito a Tartamudez, tremor na doença de Parkinson ou apresentação de um comportamento alimentar anormal na Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa.

Especificar se:

Generalizada: se os temores incluem a maioria das situações sociais (considerar também o diagnóstico adicional de Transtorno da Personalidade Esquiva).

2.2. Fobia Social Generalizada: Tratamento Farmacológico

Em relação ao seu tratamento, um grande número de estudos tem sido propostos, tanto na área farmacológica quanto na área cognitivo-comportamental (Heimberg, 1991; Barlow, 1991). Ensaio clínicos têm demonstrado que as principais abordagens farmacológicas utilizadas atualmente com respostas clínicas favoráveis para o tratamento da Fobia Social Generalizada são: inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs), inibidores da monoamino oxidase (IMAOs) e benzodiazepínicos. Abordagens mais clássicas, como a utilização de beta-bloqueadores, também são comumente praticadas. A combinação de terapia cognitivo-comportamental e farmacoterapia parece ser mais eficaz que os tratamentos isolados (Stravynski, 1998; Heimberg, 1998), mas isto ainda precisa ser demonstrado de forma mais robusta em futuros estudos.

Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs)

Os ISRSs têm sido por muitos considerado o tratamento de escolha para Fobia Social, principalmente por sua boa eficácia e relativa falta de efeitos adversos. Todos os ISRSs se destacam pela baixa frequência de para-efeitos importantes (os mais comuns são dor de cabeça, náusea e ejaculação anormal) e, portanto, pelos resultados positivos já apresentados, se constituem na vertente mais promissora para o tratamento farmacológico da Fobia Social.

Paroxetina: A paroxetina foi inicialmente investigada em um estudo de descontinuação de pacientes com Fobia Social Generalizada (Stein et al., 1996). Após 11 semanas de tratamento aberto com uma dose média de 48 mg/dia, 77% dos indivíduos (n=30) tiveram melhora nas escalas de Liebowitz e de Duke para Fobia Social. Dezesesseis desses indivíduos que demonstraram resposta foram então randomizados para receber

paroxetina ou placebo por doze semanas. Dos que tomaram placebo, 63% pioraram ao nível igual ou menor ao que estavam no início do estudo, enquanto somente 13% do grupo paroxetina perdeu a melhora clínica. Esse foi o primeiro indicativo de que a paroxetina poderia auxiliar no tratamento da Fobia Social.

No mesmo ano, um estudo aberto feito por Mancini e Van Ameringen (1996) avaliou o efeito da paroxetina (dose média 43 mg/dia) em 18 pacientes com Fobia Social Generalizada. Oitenta e três por cento dos pacientes tiveram melhora moderada ou grande na escala de Impressão Clínica Global (CGI) após a 12^a semana. Apesar dos indivíduos terem comorbidades associadas, a utilização de escalas específicas assegura que a melhora medida foi realmente nos sintomas da Fobia Social.

O primeiro ensaio clínico randomizado realizado com paroxetina (Stein et al., 1998) veio a confirmar sua eficácia na Fobia Social Generalizada. 187 pacientes foram submetidos a doze semanas de tratamento com paroxetina (dose média 36 mg/dia) ou placebo, tendo 55% daqueles que receberam paroxetina melhorado seus escores na CGI, contra 23,9% dos que receberam placebo. Houve significativa melhora das escalas de Liebowitz (LSAS) (-15,8 e -9 pontos) e Evitação e Ansiedade Sociais (SADS) (-7,8 e -2,8) quando comparados paroxetina e placebo respectivamente.

Em um ensaio clínico randomizado conduzido por Stein et al. (1999) 93 pacientes sul-africanos estudados receberam placebo ou paroxetina. Após doze semanas, 70,5% dos tratados com paroxetina tiveram melhora na CGI, contra 47,8% do placebo. A escala de Liebowitz teve melhora média de 37,9 pontos no grupo paroxetina e 22,9 pontos no grupo placebo.

O estudo descrito por Baldwin et al. (1999) reforçou a eficácia da paroxetina na Fobia Social Generalizada em um ensaio clínico randomizado (n=323). Após tratamento de 12 semanas com paroxetina (dose média 34,7 mg/dia), 65% dos pacientes tiveram melhora na CGI (placebo 32,4%), houve uma redução de 29,4 pontos na escala de Liebowitz (placebo 15,6) e de 7,2 pontos na escala de Evitação e Ansiedade Sociais (placebo 3,9).

Em um ensaio clínico randomizado (Allgulander, 1999), com pacientes com diagnóstico de Fobia Social, 96 indivíduos foram submetidos a 12 semanas de tratamento com paroxetina (20-50 mg) ou placebo. A resposta foi medida pela escala CGI e se mostrou eficaz para 70,5% do grupo tratamento contra 8,3% do grupo placebo. Esse estudo acompanhou 86 pacientes (Allgulander et al., 2001), dos quais 32 continuaram tratamento psiquiátrico. Após 36 meses, aqueles que realizaram tratamento posterior tiveram em média uma melhora de 20,5 pontos na escala Breve de Fobia Social, contra uma melhora de 14.7 pontos daqueles que não continuaram tratamento após o estudo.

Os principais para-efeitos registrados pelo tratamento com paroxetina foram disfunções sexuais, sonolência e náusea. Essa alta eficácia, com relativamente poucos efeitos colaterais tornou a paroxetina a primeira droga aprovada pelo “Federal and Drug Administraton” para o tratamento da Fobia Social Generalizada.

Sertralina: Katzelnick et al. (1995) investigaram, em um estudo duplo-cego “*crossover*”, o efeito da sertralina (dose média 133,5 mg/dia) contra placebo em 12 pacientes com diagnóstico de Fobia Social Generalizada. Após dez semanas de tratamento com sertralina ou placebo os pacientes trocaram de tratamento e passaram para o outro grupo. Houve melhora semelhante na escala de Liebowitz e na escala Breve de Fobia Social. Esse

estudo tem como viés o fato de o efeito de um tratamento poder influir no tratamento seguinte, pois não houve distância entre as duas fases.

Em um estudo de descontinuação (Walker et al., 2000) foram avaliados pacientes que responderam (melhora na CGI) à sertralina (dose média 148 mg/dia) após 20 semanas de tratamento duplo-cego (n=50). Nas 24 semanas subseqüentes, 4% dos pacientes que continuaram a receber sertralina tiveram piora de seus sintomas, versus 36% dos que passaram a receber placebo.

Van Ameringen et al. (2001) recentemente realizaram um estudo duplo-cego, no qual 204 pacientes foram randomizados para receber durante vinte semanas sertralina (dose média 146 mg/dia) ou placebo. Foi aceito como comorbidade o diagnóstico de depressão maior (n=4). No grupo tratado, 53% dos indivíduos tiveram melhora dos sintomas pela CGI, contra 29% do grupo placebo. Na escala Breve de Fobia Social houve melhora de 34% no grupo sertralina contra 18,6% do grupo placebo.

Outro estudo, realizado por Blomhoff et al. (2001), comparou a eficácia, durante 24 semanas de sertralina, terapia de exposição e placebo em 387 pacientes que consultavam clínicos gerais treinados para a identificação da Fobia Social Generalizada. Foram considerados como tendo resposta aqueles pacientes que tiveram melhora de pelo menos 50% na CGI – Fobia Social. Houve resposta em 40% dos pacientes do grupo sertralina mais terapia; 35% do grupo sertralina; 30% do grupo terapia mais placebo e 21% do grupo placebo. Nota-se, portanto, que a terapia de exposição tem um efeito aditivo àquele da sertralina.

O efeito de fármacos em jovens com diagnóstico de Fobia Social ainda é pouco estudado, mas recentemente Compton et al. (2001) estudaram o efeito da sertralina (dose média 123 mg/dia) em 14 adolescentes (idade entre 10 e 17 anos) com diagnóstico dessa

morbidade. Quarenta e dois por cento da amostra tinha outras comorbidades psiquiátricas. Após oito semanas de tratamento aberto, 36% dos jovens responderam totalmente (CGI) ao tratamento e 29% responderam parcialmente. Esse estudo nos mostrou a segurança e a eficácia do uso de sertralina também em adolescentes com Fobia Social.

Fluvoxamina: Stein et al. (1999) realizaram um estudo duplo-cego controlado para avaliar a eficácia da fluvoxamina (dose média 202 mg/dia) ou placebo no tratamento da Fobia Social (n=92). O desfecho final foi avaliado pela escala CGI, na qual 43% dos pacientes mostraram melhora com fluvoxamina contra 22,7% daqueles que receberam placebo.

Um estudo aberto conduzido por DeVane (1999) no mesmo ano veio novamente a indicar a eficácia da fluvoxamina. Dez pacientes receberam o fármaco por seis semanas e houve uma redução média de 47,4 para 20,3 pontos na escala Breve de Fobia Social após o tratamento. Durante uma simulação de discurso em público por 5 minutos, foi aferido ritmo cardíaco, pressão arterial média e cortisol sérico, mas não houve diferença estatística de antes para após o tratamento em nenhum desses itens.

Citalopram: Citalopram, um dos mais seletivos inibidores da recaptação de serotonina, teve sua eficácia para Fobia Social Generalizada testada em um estudo aberto conduzido por Bouwer et al. (1998). Vinte dois pacientes receberam 12 semanas de tratamento com citalopram em uma dose inicial de 20 mg, passando para 40 mg após duas semanas. Dez pacientes haviam tido episódios de depressão maior e cinco, de pânico. Oitenta e seis por cento dos pacientes apresentaram resposta ao citalopram quando avaliados pela escala CGI. Houve também melhora significativa na escala de Liebowitz para medo (de 68 para 22 pontos) e evitação (de 68 para 23 pontos).

IMAO

Em se tratando de IMAO's irreversíveis sua eficácia parece ser maior (Schneier, 1995). Entretanto as restrições na dieta são um fator limitante. Versiani et al. (1988; 1992) mostraram a eficácia desta classe de drogas na Fobia Social Generalizada.

Benzodiazepínicos

Os ansiolíticos mais comumente utilizados para quadros de ansiedade crônica, também foram investigados quanto ao seu possível papel no tratamento da Fobia Social.

Clonazepam: Sutherland et al. (1996) acompanharam por dois anos 55 pacientes que participaram de um ensaio clínico controlado com clonazepam por 10 semanas. Nesse não foram incluídos pacientes com outros distúrbios psiquiátricos. Após o estudo, foi oferecida aos pacientes a continuação do tratamento psiquiátrico. Após dois anos, aqueles pacientes que haviam recebido clonazepam mostraram diferença significativa em relação aos que haviam recebido placebo nas escalas de Liebowitz, CGI – severidade, escala de Severidade de Fobia de Marks-Sheehan, escala Breve de Fobia Social. Não houve diferença significativa na escala de Liebowitz. Esse estudo se destaca por ser um dos poucos que destacam os efeitos em longo prazo do tratamento com fármacos na Fobia Social.

Em um estudo brasileiro, Versiani et al. (1997) administraram a 40 pacientes com Fobia Social clonazepam (dose média 4,8 mg/dia) por 16 semanas. Houve melhora de 86,8% dos pacientes em todas as escalas utilizadas, entre elas a CGI e a escala de Liebowitz. Paraefeitos indesejados foram freqüentemente relatados, entre eles distúrbios cognitivos e sexuais. Foi também descrito efeito rebote durante a fase de retirada progressiva da medicação.

Em 1998, Connor et al. realizaram um estudo de descontinuação com clonazepam (dose 1-2,5 mg/dia). Primeiro, 54 pacientes foram submetidos a seis meses de estudo aberto, período no qual houve significativa melhora na escala CGI. Após isso, 36 indivíduos foram alocados para continuar recebendo clonazepam ou placebo por cinco meses. Os pacientes do primeiro grupo tiveram médias significativamente maiores nesta escala. Não houve diferença entre a sintomatologia dos dois grupos durante a retirada do medicamento. O estudo reforça a validade do uso de clonazepam tanto em longa quanto em curta duração, desde que a retirada do fármaco na última seja lenta – 0,25 mg a cada duas semanas.

Em outro estudo, foi comparada a eficácia de clonazepam versus terapia cognitivo-comportamental (TCC) durante doze semanas em 45 pacientes com Fobia Social. Não houve diferença entre os tratamentos segundo a medida de melhora clínica (CGI). Também foi demonstrado que a pré-avaliação clínica não foi preditiva para a escolha do melhor tratamento.

Bromazepam: Versiani et al. (1997) realizaram um ensaio clínico randomizado com bromazepam (dose média 21 mg/dia) contra placebo com sessenta pacientes com Fobia Social. Após doze semanas, houve significativa melhora na escala de Liebowitz (bromazepam –62 pontos; placebo –5,6 pontos) e CGI (bromazepam –4,3 pontos; placebo –1 pontos). Os efeitos mais comuns foram sonolência (83%) e déficit cognitivo (50%). Os resultados mostram que o bromazepam é uma alternativa possível no tratamento da Fobia Social.

Buspirona

Efeitos da buspirona, associado a inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), foram analisados em dez pacientes com Fobia Social Generalizada que já vinham

respondendo a ISRS (Van Ameringen et al., 1995). Esses pacientes receberam buspirona durante oito semanas (dose 20-60 mg/dia). Sete (70%) desses pacientes foram considerados responsivos segundo a CGI. Cinco dos 10 pacientes notaram efeitos colaterais. Esse estudo teve o viés de não ter tido controle com placebo.

Em um estudo duplo-cego controlado (Van Vliet et al., 1997), 30 pacientes foram alocados aleatoriamente, recebendo buspirona (dose final 30 mg/dia) ou placebo por doze semanas. Ao final do estudo, apenas quatro (27%) pacientes recebendo buspirona e dois (13%) recebendo placebo notaram melhora. Conforme a escala de Fobia Social (SPS), não houve diferença entre os grupos. Segundo a HAM-A, três (20%) sujeitos à buspirona e um (7%) a placebo foram responsivos ao tratamento. Concluíram que a eficácia da buspirona não é superior a do placebo no tratamento da Fobia Social. Também concluíram que há diferença na atuação da buspirona em pacientes com Fobia Social Generalizada e com específica, sendo mais notável a eficiência na primeira.

Brofaromida

Em um ensaio clínico randomizado, com 77 pacientes, foi utilizado brofaromida (dose final 150mg/dia) ou placebo durante doze semanas para o tratamento de Fobia Social (Fahlén et al., 1995). Foram aceitos pacientes com ansiedade generalizada, outras fobias ou distímia. Outras condições clínicas que poderiam interferir no estudo foram descartadas. Na escala de Liebowitz, foi constatado uma diminuição de 38 para 19 pontos no grupo brofaromida. Já no grupo placebo, houve uma queda de 36,7 para 30 pontos apenas. Na escala CGI, 78% dos pacientes em uso de brofaromida obtiveram melhora, versus 23% do grupo placebo.

Em outro estudo multicêntrico, duplo-cego e controlado de doze semanas (Lott et al, 1997), 102 pacientes com fobia social foram randomizados para o uso de brofaromida (dose média 102 mg/dia) ou de placebo. Segundo a escala de Liebowitz (LSAS), o grupo brofaromida obteve uma redução de 19,2 pontos, enquanto o grupo placebo de 9,1. Na CGI, 50% dos pacientes mostraram-se responsivos ao tratamento, contra 19% do grupo placebo.

Pande et al. (1998) realizaram um ensaio clínico randomizado por placebo utilizando gabapentina em 69 pacientes. Os pacientes receberam doses diárias entre 900 e 3600 mg em três doses. O estudo durou 14 semanas, sendo que na 2ª semana, 33% dos pacientes em uso de gabapentina obtiveram melhora em relação ao grupo placebo segundo a LSAS. Ao final do estudo constatou-se que a gabapentina ocasionou melhoras significativamente superiores ao tratamento com placebo.

2.3. Fobia Social Generalizada: Tratamento Psicoterápico

2.3.1 Terapia Cognitivo-Comportamental

A terapia cognitivo-comportamental na Fobia Social (FS) pode ser realizada individualmente ou em grupo. Embora pareça contraproducente que se trate pacientes com FS em um "setting" de grupo, este propicia um número de vantagens potenciais em relação ao tratamento individual. Pela natureza do transtorno, os portadores deste dificilmente externalizam seus medos e seguidamente acreditam que seus problemas sejam únicos.

Uma dificuldade comum no tratamento cognitivo-comportamental da FS é a criação de uma exposição realística controlada (Heimberg et al., 1990). O formato do grupo facilita muito esse aspecto, pois os membros e terapeutas do grupo estão disponíveis para servir de "role players" ou de audiência. As situações temidas podem ser facilmente recriadas no

grupo, e o fato de os pacientes serem observados durante estes episódios serve para aumentar as possibilidades de que a ansiedade seja experimentada e compreendida. Durante a reestruturação cognitiva, os membros do grupo seguidamente proporcionam evidências que permitem a identificação de pensamentos distorcidos, os quais devem ser tratados neste contexto.

As técnicas de TCC-G na fobia social

É um tratamento de grupo multimodal delineado para auxiliar pessoas com FS a superar reações de ansiedade em situações sociais e de performance e a alterar as crenças e predições que sustentam essas reações. O programa de TCC-G consiste de vários componentes: 1) desenvolver uma explicação cognitivo-comportamental sobre a FS; 2) instrumentalizar os pacientes para tarefas como identificação, análise e disputa de crenças problemáticas através do uso de exercícios estruturados; 3) exposição dos pacientes a simulações de situações que provoquem ansiedade durante o tratamento em grupo; 4) uso de processos de reestruturação cognitiva para capacitar os pacientes a controlar seus pensamentos desadaptativos antes, durante e depois de exposições simuladas; 5) estimulação para exposição "in vivo" a situações previamente confrontadas durante as simulações de exposição; 6) ensinar rotina auto-administrada de reestruturação cognitiva para uso antes e após as exposições.

Vantagens do tratamento de grupo em relação ao individual para fobia social:

- a) Aprendizado em grupo
- b) Independência
- c) Identificação
- d) Aprender ajudando os outros

- e) Identificação de problemas semelhantes
- f) Comprometimento Público: através da atitude de fazer parte de um grupo, o paciente está tornando pública a sua intenção de mudar
- g) Encorajamento através do sucesso dos demais

O modelo apresentado a seguir é baseado em um manual desenvolvido por Heimberg (1990), o qual inclui uma etapa de avaliação e diagnóstico e 12 sessões de tratamento com frequência semanal. Trata-se de um modelo estruturado de grupo terapêutico, com objetivos e técnicas definidas para cada etapa do desenvolvimento do grupo. Segue-se um breve resumo dos princípios do tratamento cognitivo-comportamental de grupo para fobia social.

Etapas do tratamento

Entrevista preliminar

Formando o grupo

12 sessões semanais

Os Terapeutas

Primeiramente devem ter experiência suficiente como terapeutas de modo que possam dar plena atenção aos pacientes e conduzir as atividades do grupo sem ansiedade excessiva. Além disso, devem ter profundo conhecimento do transtorno e de como os fóbicos sociais podem reagir à terapia em grupo, bem como ter familiaridade com os princípios básicos da dinâmica de grupo e do encorajamento para a formação de um grupo realmente terapêutico. Idealmente, a TCC-G é conduzida por dois terapeutas, preferencialmente um de cada gênero.

Os Pacientes

Idealmente o grupo deve ser formado por 6-8 pacientes, embora grupos com até 10 membros tenham sido conduzidos. Este número garante atenção individualizada em todas as sessões. O grupo deve conter o mesmo número de homens e mulheres, não menos que dois de cada sexo, o que é muito importante principalmente para pacientes com fobia de interação heterossexual. Há benefícios quando pacientes com fobia a diferentes situações fazem parte do mesmo grupo. Pode-se agrupar pacientes com a mesma gravidade da doença, evitando que o medo irracional de se sentir pior ou de ser o mais doente se torne real.

O Grupo

O grupo deve ter 12 sessões de duas horas e meia em um ambiente confortável, com um quadro negro disponível. Obedece a um programa estruturado de tratamento, com objetivos definidos de cada etapa da psicoterapia.

Modelo de funcionamento da TCC-G

A primeira sessão é sempre crítica na vida do grupo. Os pacientes podem ter experienciado uma ansiedade antecipatória considerável sobre o grupo e sobre a sessão inicial. A partir de então, desenvolve-se por 12 sessões um modelo de abordagem cognitivo-comportamental, utilizando-se as técnicas abaixo citadas e brevemente exemplificadas.

Compartilhando problemas e objetivos individuais

Cada paciente deve falar brevemente sobre as razões pelas quais está no grupo. Devem abordar a fobia ou situação específica mais problemática, p.ex., O que acontece

quando pensam na situação fóbica; Quais sintomas fisiológicos e pensamentos experienciam na situação fóbica.

O objetivo desse exercício é demonstrar a similaridade entre os pacientes e formar a coesão do grupo. As semelhanças entre os pacientes devem ser destacadas.

Desenvolvimento de um modelo cognitivo-comportamental de fobia social e discussão dos componentes do tratamento

Tenta-se desenvolver uma compreensão da fobia social entre o grupo. São explicadas aos pacientes as razões pelas quais eles participarão de atividades específicas nas sessões seguintes.

Explica-se que a fobia social é uma resposta aprendida, que pode ser “desaprendida”, que a ansiedade tem três componentes: fisiológico (sensações corporais), comportamental (o que se faz - evitação) e cognitivo (o que se pensa - pensamentos automáticos).

Utiliza-se várias técnicas para tratar cada um dos três componentes da ansiedade, entre as quais as seguintes:

Exposição Simulada: encenam-se situações relevantes para os pacientes do grupo, recriando o que acontece na realidade. Essa técnica age sobre o componente fisiológico da ansiedade, a qual diminui naturalmente. O componente comportamental também é acessado quando o paciente realiza tal tarefa mesmo sentindo-se ansioso. Pesquisadores envolvidos no tratamento da FS relatam a dificuldade de implementar as terapias de exposição para os fóbicos sociais (Heimberg, 1990). As exposições terapêuticas para os fóbicos sociais não são tão disponíveis quanto para os outros pacientes ansiosos, por esse motivo, o grupo é usado para simular essas exposições, o que as torna sempre disponíveis, programáveis e

controláveis. A simulação em grupo também permite que as exposições sejam moldadas às necessidades individuais de cada paciente e que ocorram na presença dos terapeutas, propiciando a integração com as atividades de reconstrução cognitiva.

Reestruturação Cognitiva: Os pensamentos automáticos são identificados, analisados e relativizados. Muitos fóbicos sociais não evitam situações fóbicas e, sendo assim, repetidas exposições como técnica de tratamento isolada podem não ser efetivas para esses pacientes. As atividades de reconstrução cognitiva acontecem antes e depois de cada exposição. Antes da exposição, a atividade consiste em imaginar a situação, identificar potenciais pensamentos automáticos que possam ocorrer com suas respectivas distorções cognitivas, questionar tais pensamentos, desenvolver repostas racionais e estabelecer uma meta para a performance na exposição. Após a exposição, há uma avaliação quanto ao cumprimento da meta, a ocorrência dos pensamentos automáticos previstos, o uso de repostas racionais, a ocorrência de pensamentos não previstos e o esforço do paciente em enfrentá-los, bem como o exame da relação entre os níveis de ansiedade relatados pelo paciente, os pensamentos automáticos e as repostas racionais. O paciente, então, sumariza os pontos principais que ele extraiu da exposição e das atividades de reconstrução cognitiva.

O papel dos outros membros do grupo na exposição simulada de um paciente é exercer um papel (“role play”), questionar pensamentos automáticos e partilhar as próprias experiências ajudando o paciente a relativizar os seus pensamentos.

Tarefas de Casa: são exposições *in vivo* específicas para o problema individual ou algo que vem sendo trabalhado no grupo. Devem ser realizadas diariamente para poder ajudar a combater todos os componentes da ansiedade.

A Sessão 12

A décima segunda sessão é particularmente importante. Esta sessão deve ser dedicada a preparar os pacientes para situações da vida real que ocorrerão tão logo acabe o tratamento. Os pacientes terão alcançado níveis diferentes de alívio da fobia social. Os terapeutas devem tentar deixar claro que os pacientes encontrarão ansiedades no futuro e que deverão usar a mesma capacidade de lidar com as ansiedades e os aprendizados que treinaram durante o tratamento. Os terapeutas devem reforçar o progresso alcançado por cada paciente, mostrando que o uso contínuo das habilidades cognitivas levará a uma redução contínua da ansiedade. Após a última sessão em grupo, é proporcionada a cada paciente uma sessão individual com um dos terapeutas.

Evidências de eficácia do TCC-G na Fobia Social Generalizada

Os estudos realizados até o presente momento para o estabelecimento da eficácia da TCC-G em pacientes com fobia social são escassos. Um número consideravelmente maior de trabalhos foi desenvolvido no estudo da terapia cognitivo-comportamental individual nos transtornos de ansiedade, incluindo fobia social. Inicialmente, os trabalhos investigavam de forma aberta a eficácia da TCC-G (Heimberg et al., 1985). Posteriormente, as pesquisas passaram a comparar o desempenho da TCC-G em relação a situações psicoterápicas consideradas placebo ou em relação às drogas comprovadamente eficazes no tratamento da fobia social.

Um estudo recente comparou a eficácia de TCC-G, fenelzina e placebo (“pill placebo” e placebo psicoterápico com terapia de apoio/expressiva) em 133 pacientes com fobia social (Heimberg et al., 1988). Os pacientes foram alocados de forma **randomizada** em um dos quatro grupos e receberam tratamento por 12 semanas, seguidas de 6 meses de

manutenção e mais 6 meses sem tratamento algum. Os resultados evidenciaram que, no término das doze semanas de tratamento agudo, a eficácia de fenelzina e TCC-G foram superiores ao placebo, sendo que o início da ação da fenelzina foi mais precoce do que o da TCC-G. A melhora definida se deu em 75% dos pacientes nos grupos de TCC-G e fenelzina contra 35% dos pacientes em placebo. No período de 6 meses sem tratamento, no entanto, observou-se mais recaídas nos casos tratados com fenelzina em relação aos tratados com TCC-G. Estes dados, ainda que iniciais, apontam para uma estabilidade maior da eficácia do tratamento com a técnica de terapia cognitivo-comportamental em grupo.

Gelernter et al. (1991) comparam o TCC-G com o tratamento com fenelzina, alprazolam e placebo em uma amostra de 65 pacientes com FS. Todos os tratamentos duraram 12 semanas. Resumidamente, todas as modalidades de tratamento levaram a uma melhora significativa em todas as medidas, com poucos efeitos diferenciais entre estas. Houve evidências que permitem sugerir que alguns pacientes em TCC-G mostraram melhora adicional durante o período de seguimento.

Alguns estudos foram desenvolvidos para a comparação de diferentes tipos de abordagens psicoterápicas. Heimberg et al. (1990) comparou a TCC-G a um grupo placebo de terapia denominado psicoterapia de apoio educacional (AE). Na primeira metade das sessões de AE, os terapeutas realizaram apresentações educativas sobre tópicos relevantes na FS, incluindo medo de avaliação negativa, habilidades em conversações efetivas, ansiedade antecipatória e perfeccionismo. Na segunda metade de cada sessão, foi dado tempo aos membros do grupo para compartilhar de suas idéias, “insights” e aconselhar uns aos outros dentro de um contexto de apoio. Quarenta e nove pacientes com FS foram de forma randomizada alocados em TCC-G ou AE e reuniram-se em grupos de 4-7 pacientes por 12 sessões semanais. Em cada encontro os pacientes foram avaliados por um

observador clínico através de uma escala de 9 pontos sobre a gravidade da fobia, e os pacientes foram classificados como clinicamente melhorados se apresentassem uma diminuição de 2 ou mais. De acordo com estes critérios, 75% dos pacientes recebendo TCC-G foram julgados como clinicamente melhorados após as 12 semanas, comparados a somente 40% dos pacientes recebendo AE. Após um período de 6 meses de follow-up, 81% dos pacientes em TCC-G e 47% dos pacientes em AE foram classificados como melhorados.

Em outro estudo (Heimberg et al., 1994), a TCC-G foi comparada à exposição isolada (i.e., TCC-G sem reestruturação cognitiva) e a uma condição de controle " grupo de fila de espera" . Ambos os tratamentos ativos foram mais efetivos do que a fila de espera ao término das 12 semanas.

Ao longo de estudos, a TCC-G mostrou-se superior à lista de espera , condições de terapia placebo-controladas e a placebo farmacológico. A TCC-G produziu melhora equivalente àquelas produzidas pela fenelzina, teve eficácia superior à do alprazolam durante 2 meses de follow-up sem tratamento. A melhora entre os pacientes tratados com TCC-G parece ser sólida e mantida até 5 anos após o tratamento, embora tais resultados devam ser mais cuidadosamente avaliados, especialmente em pacientes gravemente comprometidos. Revisões da literatura sugerem que a TCC em grupo leva a resultados equivalentes àqueles relatados por outros tratamentos cognitivos comportamentais(Chambless et al.1993).

Desta forma, existem evidências de que o tratamento farmacológico e psicoterápico individual e em grupo possam reduzir os sintomas da fobia social generalizada. Uma modalidade de terapia em grupo bastante utilizada é a Psicoterapia Dinâmica em Grupo (Zimmerman, 1998).

A orientação conceitual da Psicoterapia Dinâmica em Grupo é psicanalítica, baseando-se na hipótese de que conflitos inconscientes recorrentes estão ligados aos sintomas fóbicos. O terapeuta tenta identificar pensamentos inconscientes, trazendo-os à consciência e busca promover "insights" que possam levar a mudanças psíquicas, inclusive nos mecanismos de defesa. Através de interpretações, os pacientes podem lidar com as situações fóbicas. Atenção especial é dada à resistência, transferência, contratransferência e à distribuição de papéis no setting de grupo (Eizirik et al, 1991; 1998).

A partir da análise de um menino de 5 anos com fobia, o Pequeno Hans, Freud (1905) propôs que tais quadros clínicos se estabeleciam através do desenvolvimento de conflitos edípicos inconscientes para algum objeto ou situação externas que passara a ser temida. Desde então, sucessivos relatos clínicos têm evidenciado a eficácia da psicanálise e da psicoterapia psicanalítica em quadros fóbicos.

Entretanto, nenhum estudo sistemático foi utilizado para testar a validade desta técnica na fobia social generalizada (Roth et al., 1996).

O objetivo do presente estudo é testar a hipótese de que a Psicoterapia Dinâmica em Grupo é eficaz no tratamento da fobia social generalizada.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar a eficácia da Psicoterapia Dinâmica em Grupo (PDG) em comparação com um Grupo Controle com Credibilidade (GC) na Fobia Social Generalizada(FSG).

Objetivo específico

Verificar se a PDG é superior a GC na FSG considerando os escores dos seguintes instrumentos:

1. Escala de Liebowitz de Fobia Social (LSAS)
2. Sub-ítem Medo da LSAS
3. Sub-ítem Evitação da LSAS
4. Escala Hamilton de Ansiedade (HAM-A)
5. Escala Hamilton de Depressão (HAM-D)
6. Escala de Impressão Clínica Global (CGI)

4. REFERÊNCIAS DA REVISÃO DA LITERATURA

1. ALLGULANDER, C. Paroxetine in social anxiety disorder: a randomized placebo-controlled study. *Acta Psychiatr Scand*, 100(3):193-198, 1999.
2. ALLGULANDER, C.; NILSSON, B. A prospective study of 86 new patients with social anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 103(6):447-452, 2001.
3. ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J.; COUTIHO, E.; FRANÇA, J.; FERNANDES, J.; ANDREOLI, S.; BUSNELLO, E. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP APAL*, 14:93-104, 1992.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
6. BALDWIN, D.; BOBES, J.; STEIN, D. Paroxetine in social phobia/social anxiety disorder. Randomised, double-blind, placebo-controlled study. Paroxetine Study Group. *Br J Psychiatry*, 175:120-126, 1999.
7. BLOMHOFF, S.; HAUG, T.; HELLSTROM, K. Randomised controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy and combined treatment in generalized social phobia. *Br J Psychiatry*, 179:23-30, 2001.

8. BOUWER, C.; STEIN, D. Use of the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram in the treatment of generalized social phobia. *J Affect Disord*, 49(1):79-82, 1998.
9. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Organização Mundial de Saúde, Porto Alegre:Artes Médicas Sul, 1992.
10. COMPTON, S.; GRANT P.; CHRISMAN, A. Sertraline in children and adolescents with social anxiety disorder: an open trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(5):564-571, 2001.
11. CONNOR, K.; DAVIDSON, J.; POTTS, N. Discontinuation of clonazepam in the treatment of social phobia. *J Clin Psychopharmacol*, 18(5):373-378, 1998.
12. DEVANE, C.; WARE, M.; EMMANUEL, N. Evaluation of the efficacy, safety and physiological effects of fluvoxamine in social phobia. *Int Clin Psychopharmacol*, 14(6):345-351, 1999.
13. EIZIRIK, C.; KAPCZINSKI, F. Observing countertransference in brief dynamic psychotherapy. *Psychother Psychosom*, 56:174-181, 1991.
14. EIZIRIK, C. A relação terapêutica: transferência, contratransferência e aliança terapêutica. In: *Psicoterapias: Abordagens Atuais*, 2ª ed. Porto Alegre:Artes Médicas,1998.
15. FAHLEN, T.; NILSSON, H.; BORG K. Social phobia: the clinical efficacy and tolerability of the monoamine oxidase-A and serotonin uptake inhibitor brofaromine. A double-blind placebo-controlled study. *Acta Psychiatr Scand*, 92(5):351-358, 1995.

16. GELERNTER, C.; UHDE, T.; CIMBOLIC, P. Cognitive-behavioral and pharmacological treatments for social phobia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, 48:938-945, 1991.
17. GOISMAN, R.; WARSHAW, M.; KELLER, M. Psychosocial treatment prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder, and social phobia, 1991-1996. *Am J Psychiatry*, 156:11, 1999.
18. HEIMBERG, R.; BECKER, R.; GOLDFINGER, K. Treatment of social phobia by exposure, cognitive, restructuring, and homework assignments. *J Nerv Ment Dis*, 173:172-179, 1985.
19. HEIMBERG, R.; DODGE, C.; HOPE, D. Cognitive behavioral treatment of social phobia: comparison to a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14:1-23, 1990.
20. HEIMBERG, R. Cognitive Behavioral group treatment for social phobia: effectiveness at 5-year-follow-up. *Cognitive Therapy and Research*, 17:1-15, 1994.
21. HEIMBERG, R.; LIEBOWITZ, M.; HOPE, D. Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 55(12):1133-1141, 1998.
22. HEIMBERG, R.; HORNER, K; JUSTER, H; SAFREN, S; BROWN, E; SCHNEIER, F; LIEBOWITZ, M. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29:199-212, 1999.
23. KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. Fobia específica e fobia social. In: *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª. ed. Porto Alegre:Artes Médicas, 1997.

24. KATZELNICK, D.; KOBAK, K.; GREIST, J. Sertraline for social phobia: a double-blind, placebo-controlled crossover study. *Am J Psychiatry*, 152(9):1368-1371, 1995.
25. KESSLER, R.; MCGONAGLE, K., ZAHO, S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch. Gen. Psychiatry*, 51:8-9, 1994.
26. LIEBOWITZ, M.; GORMAN, J.; FYER, A; KLEIN, D. Social phobia a review of a neglected anxiety disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 42:729-736, 1985.
27. LOTT, M.; GREIST, J.; JEFFERSON, J. Brofaromine for social phobia: a multicenter, placebo-controlled, double-blind study. *J Clin Psychopharmacol*, 17(4):255-260, 1997.
28. MANCINI, C.; VAN AMERINGEN, M.; WILSON, C. Buspirone augmentation of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in social phobia. *J Affect Disord*, 39(2):115-121, 1996.
29. MARKS, I. The classification of phobic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 116:377-386, 1970.
30. MARKS, I. Fears, phobias and rituals. New York: Oxford University Press, 1987.
31. MARKS, I. Fear Reduction by Psychoterapies. *British Journal of Psychiatry*, 176:507-511, 2000.
32. NEMIAH, J. The psychodynamic view of anxiety. In: Pasnau, R. O. *Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders*, Washington, DC:American Psychiatry Press, 115-137, 1984

33. PANDE, A.; DAVIDSON, J.; JEFFERSON, J. Treatment of social phobia with gabapentin: a placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol*, 19(4):341-348, 1999.
34. ROTH, A.; FONAGY, P. What's for whom? A critical review of psychotherapy research. London: The Guildford Press, 1996.
35. SCHNEIER, F. Monoamine oxidase inhibitors, selective serotonin reuptake inhibitors and other antidepressants in pharmacotherapy. In: Stein, M. B. Social Phobia, APA Press, 1995.
36. SUTHERLAND, S.; TUPLER, L.; COLKETT, J.; DAVIDSON, J. A 2-year follow-up of social phobia. Status after a brief medication trial. *J Nerv Ment Dis*, 184(12):731-738, 1996.
37. STEIN, M.; KEAN, Y. Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *Am J Psychiatry*, 157:1606-1613, 2000.
38. STEIN, M.; TORGRUD, L.; WALKER, J. Social phobia symptoms, subtypes, and severity findings from a community survey. *Arch Gen Psychiatry*, v. 57, 2000.
39. STEIN, D.; BERK, M. A double-blind placebo-controlled trial of paroxetine in the management of social phobia (social anxiety disorder) in South Africa. *S Afr Med J*, 89(4):402-406, 1999.
40. STEIN, M.; LIEBOWITZ, M.; LYDIARD, R. Paroxetine treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder): a randomized controlled trial. *JAMA*, 280(8):708-713, 1998.

41. STEIN, M.; FYER, A ; DAVIDSON, J. Fluvoxamine treatment of social phobia (social anxiety disorder): a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*, 156(5):756-760, 1999.
42. STEIN, M.; CHARTIER, M.; HAZEN, A. Paroxetine in the treatment of generalized social phobia: open-label treatment and double-blind placebo-controlled discontinuation. *J Clin Psychopharmacol*, 16(3):218-222, 1996.
43. STRAVYNSKI, A.; GREENBERG, D. The treatment of social phobia: a critical assessment. *Acta Psychiatr. Scand*, 98:171-181, 1998.
44. VAN AMERINGEN, M.; LANE, R.; WALKER, J. Sertraline treatment of generalized social phobia: a 20-week, double- blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*, 158(2):275-281, 2001.
45. VAN AMERINGEN, M.; MANCINI, C.; OAKMAN, J. Nefazodone in social phobia. *J Clin Psychiatry*, 60(2):96-100, 1999.
46. VAN VLIET, I. M.; DEN BOER, J. A.; WESTENBERG, H. G.; PIAN, K. L. Clinical effects of buspirone in social phobia: a double-blind placebo- controlled study. *J Clin Psychiatry*, 58(4):164-168, 1997.
47. VERSIANI, M.; MUNDIM, F. D.; NARDI, A. E. et al. Tranylcypromine in social phobia. *J Clin. Psychopharmacol.*, 8:279-283, 1988.
48. VERSIANI, M.; NARDI, A. E.; MUNDION, F. D. et al. Pharmacotherapy of social phobia. A controlled study with moclobemida and phenelzine. *Br.J. Psychiatry*, 161:353-360, 1992.

49. VERSIANI, M.; NARDI, A. E.; MUNDIM, F. D. et al. The long-term treatment of social phobia with moclobemide. *Int Clin Psychopharmacol* 11[suppl 3]:83-88, 1996.
50. VERSIANI, M.; AMREIN, R.; MONTGOMERY, S. A. Social phobia: long-term treatment outcome and prediction of response - a moclobemide study. *Int Clin Psychopharmacol*, 12(5):239-254, 1997.
51. WALKER, J. R.; VAN AMERINGEN, M. A.; SWINSON, R. et al. Prevention of relapse in generalized social phobia: results of a 24- week study in responders to 20 weeks of sertraline treatment. *J Clin Psychopharmacol*, 20(6):636-644, 2000.
52. ZIMERMAN, D. E. Psicoterapia de grupo. In: CORDIOLI, A. Psicoterapias: Abordagens Atuais. 2ª ed., Porto Alegre:Artes Médicas, 1998.

ERRATA: (REFERENTE p. 34)

- 53. FREUD, S. Análise de uma Fobia em um menino de 5 anos. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas (1909): Ed.2. ed. Rio de Janeiro. Imago. 10:15-158, 1987.**

5. ARTIGO CIENTÍFICO EM INGLÊS

Psychodynamic Group Treatment for Generalized Social Phobia: Comparison to a Credible Placebo Control

Daniela Zippin Knijnik, Eduardo Chachamovich, Regina Margis,
Flávio Kapczinski, Claudio Laks Eizirik

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Brasil

Short Title: Psychodynamic Group Treatment for Social Phobia

Correspondence address: Rua Hilário Ribeiro 144 – apartamento 501
Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brazil
CEP 90510 040
Phone: 55 51 33933112 / 99717427
Fax: 55 51 33463739
E-mail: knijnik@terra.com.br

Abstract

Background: There is an increasing interest in the use of psychotherapies in the treatment of Generalized Social Phobia. The body of evidence in this area focuses on the efficacy of the different approaches. To date, there is no available data on the efficacy of psychodynamic group psychotherapy for patients suffering from Generalized Social Phobia.

Objective: The aim of this study is to assess the effect of psychodynamic group therapy in patients with Generalized Social Phobia. **Method:** Thirty patients participated in a randomized single blind clinical trial comparing psychodynamic group treatment (PGT) for Generalized Social Phobia (DSM-IV) with a credible placebo control group (CPC). PGT consisted of 12 sessions of psychodynamic oriented group psychotherapy. Control patients received a treatment package of lecture-discussion and group support which was compared to PGT. At pretest, mid-test and posttest of 12 weeks, patients completed assessments that included the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), the Hamilton Anxiety Scale (HAS), the Hamilton Depression Scale (HDS) and the Clinical Global Impression Scale (CGI). **Results:** Both groups improved on most measures, but, on the total avoidance sub-scale of the LSAS, PGT patients were rated as more improved than controls ($F_{2,56} = 5.05, p = 0.010$). On the other hand, in the Hamilton Anxiety Scale, CPC patients were rated as more improved than PGT patients ($F_{2,56} = 4.35, P = 0.017$). **Conclusions:** Psychodynamic group treatment improves ratings of avoidance in patients suffering from Generalized Social Phobia. Further study is warranted.

KEY WORDS: generalized social phobia; generalized social anxiety disorder; anxiety disorder; psychodynamic group treatment.

Background

Social Phobia is an anxiety disorder characterized by fear of humiliation and embarrassment while engaged in social interaction or performing in front of others. First described by Marks and Gelder and classified as a discrete syndrome more than 20 years ago, it was not until 1980 that the American Psychiatric Association formally recognized Social Phobia as a distinct diagnostic entity on the publication of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*.

Although a review published in the mid-1980s by Liebowitz et al. referred to Social Phobia as a "neglected anxiety disorder", interest in social phobia has increased dramatically in the 1980s and 1990s. During the last decade, studies on Social Phobia showed that this syndrome was among the least studied of the major anxiety disorders. Several authors have called for further research to address gaps in our knowledge concerning definition, prevalence, etiology, pathophysiology, assessment, and treatment of this disorder(2).

Pharmacological prescriptions for anxiety disorders have changed significantly in the last decade. A recent study investigated whether social treatments changed as well. This study showed that the percentage of patients who receive psychosocial treatments for anxiety disorders declined from 1991 to 1995-6(3). Dynamic psychotherapy remained the most frequently used method, although it lacks empirical validation. Methods like Behavioral and Cognitive Therapy, which are empirically validated, are less commonly used (4).

The aim of this study is exploring the effectiveness of psychodynamic group therapy in patients with Generalized Social Phobia.

Method

Subjects

Forty patients who sought treatment at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre participated in the present study. All participating patients were interviewed by a clinical psychiatrist (checklist interview) and met DSM-IV (American Psychiatric Association, 1987) criteria for Generalized Social Phobia. Interviewers also rated each patient on the 0-144 Liebowitz Social Anxiety Scale. Patients were included in the study only if this Scale equaled or exceeded 70. Potential patients were excluded if they received a diagnosis of organic brain disorder, antisocial or avoidant personality disorder, or concurrent major depression, or received a score exceeding 18 on the 21-item Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1960). Patients were also excluded if they met DSM-IV criteria for another anxiety disorder and the symptoms of the second disorder were judged to be as severe as their social phobic symptoms. If a patient had been treated with pharmacotherapy, a 4 week wash-out period was required before entering the study. Twenty-one men and nine women completed the study. Completers' demographic characteristics are described in Table 1.

Procedures

Subjects were randomly assigned to Psychodynamic Group Therapy (PGT) or Credible Placebo Control Group (CPC). There were two groups per condition, with 7 or 8 subjects per group. Groups met weekly for twelve sessions, during 90 minutes each. All subjects participated in a preliminary interview in which individualized treatment goals were derived. Patients then completed pretreatment assessment, which included clinician-rating measures. Assessments were repeated at week 6 (mid-treatment) and week 12 (posttreatment).

Group sessions were conducted by the first author. The therapist was supervised on a weekly basis for one and a half hour through a detailed written description of each group session. The third and fourth authors performed the assessments blind to the subject's treatment condition. The last author was the supervisor for the PGT Group and the fifth author was the supervisor for the CPC Group.

This study was approved by the ethics committee of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre and all the patients included in this study agreed in participating through a Informed Consent.

Treatment Modalities

Psychodynamic Group Therapy (PGT)

The conceptual orientation of Psychodynamic Group Therapy is psychoanalytic, based on the hypothesis that recurrent and unconscious internal conflicts are connected to the symptoms(8).

The therapist tries to identify unconscious thoughts and conflicts possibly connected to the phobic symptom, bringing them into consciousness. The therapist promotes insights that can lead to psychic changes, including defense mechanisms. Through interpretations, patients may cope with phobic situations. Special attention is given to resistance and role distribution in the group setting(8).

Technical Characteristics

Once all the patients compose the group, no other patient will be accepted. The number of patients is up to 10 per group, both females and males. Age: 18-60 years old, with this broad

age range so that patients can experience a more complete and reliable sense of “life experience” (mirroring). The number and length of duration of sessions per week are once a week 90 minutes sessions with a duration of 12 weeks of group therapy. There is a once a week 90 minutes supervision. Special attention is given to the therapist’s countertransference (8).

Sessions Description

Sessions 1- 3: focus formulation through the description of their personal history. Since the beginning of treatment, participation is encouraged. Sessions 4-10: interpretation of possible symptom-conflict correlations and analysis of individualized specific situations, looking for common areas inner and between conflicts. Encouragement of discussion and exposition of the conflictual situations. Sessions 11-12: interpretation of the separation anxiety related to each patient’s specific background. Therapist intervention: Active data acquisition from each patient and patients as a group, focus formulation and its elaboration through questioning, clarifying and extra-transference psychodynamic interpretations, focusing the interventions to each participant but, when possible, always trying to link common aspects between situations experienced by patients, emphasizing the conflictual situations that are hidden behind their phobic symptoms.

Credible Placebo Control (CPC) Group

Consisting of a Educational Supportive Psychotherapy Comparison Group (ES) it combines educational presentations and supportive group psychotherapy. The initial session focused on introductions, rules and the development of the treatment rationale. In the first

part of sessions 2-12, a series of lecture-demonstration-discussions was presented on topics of relevance to social phobic individuals: (a) definitions of fear, anxiety, and phobia, (b) theoretical formulations of social phobia, (c) fear of negative evaluation, (d) skills for effective conversation, (e) anticipatory anxiety, (f) physiological factors in anxiety, (g) assertiveness and interpersonal sensitivity, (h) perfectionism and the need for acceptance, (i) need of being in control at all times and (j) an open topic, to be determined by the group. In the final session, an evaluation of the educational features of the treatment. Homework assignments were not given. Written topics were not brought to the following session(6).

In the second part of the sessions 2-12, group members shared their activities of the past week and concerns about upcoming anxiety-provoking events. They also suggested methods they may have used to cope with situations that were current for other group members. This supportive part of each session was relatively unstructured. To help the therapist in keeping the discussion focused, a series of questions was provided for each session, linking them to the educational discussion in the first half of the session. Unlike Cognitive Behavioral Group Therapy, therapist refrained from providing specific encouragement or instructions for patients to seek out and confront phobic situations (i.e. exposure). And unlike Psychodynamic Group Therapy, therapist refrained from providing insight oriented interventions and/or interpretations for patients to deal with the phobic situation. However, patients were instructed to discuss whatever topics they chose and to use the group as a forum in which they may prepare themselves for upcoming phobic events(6).

Assessment

Liebowitz Social Anxiety Scale

The LSAS, the first clinician-rating scale developed for the assessment of Social Anxiety Disorder is one of the most commonly used scales. It appears to be a reliable, valid and treatment sensitive measure of Social Phobia. It was designed to assess the range of social interaction and performance situations that individuals with social phobia may fear and/or avoid. Its 24 items are divided into two sub-scales which address social interaction and performance situations. The clinician asks the patient to rate fear and avoidance in each of the 24 items during the past week on 0-3 Likert-type scales; however, the clinician is given latitude to question the patient's answers and adjust the ratings accordingly. An overall total score is often calculated by summing the total fear and total avoidance scores, and this index is the one most commonly employed in studies regarding social phobia. In the present study the assessment measures used were: total fear(0-72), total avoidance(0-72) and the overall total score(0-144). This 3 rating scales were administered pretreatment (week 1), mid-treatment (week 6) and posttreatment (week 12) by interviewers not involved in the subject's treatment (7).

Hamilton Anxiety Scale

This rating scale was administered pretreatment (week 1), mid-treatment (week 6) and posttreatment (week 12) by interviewers not involved in the subject's treatment.

Hamilton Depression Scale

This rating scale was administered pretreatment (week 1), mid-treatment (week 6) and posttreatment (week 12) by interviewers not involved in the subject's treatment.

Clinical Global Impression Scale

This rating scale was administered pretreatment (week 1), mid-treatment (week 6) and posttreatment (week 12) by interviewers not involved in the subject's treatment.

Analysis

Analysis was performed by Statistical Package for Social Sciences 8.0 Version (SPSS). In order to test normal distribution of the variables of the scales the Kolmogorov Smirnov Goodness of Fit Test was used. T-test of Student was used to compare baseline data of the scales. Treatment groups were compared along time using repeated measures analyses of variance(ANOVA). The level of significance was of 5%(11).

Results

Forty eligible patients were included in the study. Patients were randomly assigned to PGT (n=20) and CPC (n=20). Five subjects who received PGT and five subjects who received CPC failed to complete week 6 and week 12 assessments. Comparison of dropouts and completers on demographic variables and scales ratings revealed no significant difference. Baseline data of completers did not show differences between both groups in the demographic variables (Table 1) and outcome variables used (Table 2).

While both groups demonstrated significant pretreatment-to-posttreatment change ($F_{2,56}=19.77$; $P<0,001$), PGT patients' symptoms in Total Score of LSAS were rated as significantly less severe than those of CPC patients at posttest assessment ($F_{2,56}=3.91$; $P=0.026$) (Figure 1).

Ratings on Total Fear LSAS revealed an improvement in both groups along the 12-week period ($F_{2,56}=21.15$; $P<0,001$). However, no significant differences between both groups were found ($F_{2,56}=2.59$; $P=0.084$) (Figure 2).

Both groups demonstrated significant reductions on the Avoidance Sub-scale of LSAS ratings during a 12-week period ($F_{2,56}=12.87$; $P<0,001$). ANOVA repeated measures analysis revealed significant effects of treatment condition for avoidance, with PGT patients reporting less avoidance symptoms than CPC patients ($F_{2,56}=5.05$; $P=0.01$) (Figure 3).

Ratings on Hamilton Anxiety Scale revealed an improvement in both groups along the 12-week period ($F_{2,56}=6.59$; $P=0,003$). On the other hand, CPC group patients improved more than PGT ones on this outcome measure ($F_{2,56}=4.35$; $P=0.017$) (Figure 4).

No significant changes were found in both groups on the Hamilton Depression Scale in the 12-week period ($F_{2,56}=0.17$; $P=0,85$). It is important to observe that none of the subjects in the present study has received a score compatible to any level of depression at any time.

Ratings on Clinical Global Impression Scale revealed an improvement in both groups along the 12-week period ($F_{2,56}=68.88$; $P<0,001$). However, no significant differences between both groups were found ($F_{2,56}=0.26$; $P=0.771$).

Discussion

The present study examined the efficacy of psychodynamic group treatment for Generalized Social Phobia. The PGT package was associated to a significant reduction on social avoidance symptoms. To our knowledge, it is the first controlled study of psychodynamic therapy for Generalized Social Phobia. PGT was found to be associated to a greater reduction of avoidance in the LSAS as compared to the control group.

PGT treated patients presented a wider decrease than those of CPC group on the Avoidance Sub-scale of LSAS, which was responsible for the improvement on the total LSAS scores, since the Fear Sub-scale showed no significant differences between groups.

Both treated groups showed a decrease in the anxiety scores as measured by the Hamilton Anxiety Scale. The reduction was greater in the CPC group, which is consistent with the notion that psychodynamic therapies are anxiety provoking, particularly at the beginning of treatment. The idea that increased anxiety levels may be an important factor for the improvement of phobic patients is well known to generations of therapists (1). It is possible that a longer period of treatment could reduce levels of anxiety. Further studies could test this idea.

Psychodynamic Group Psychotherapy appears to be a useful treatment for individuals who experience Generalized Social Phobia. The fact of being performed in a group setting is specially relevant since the group itself provides a source of improvement of anxiety symptomatology. One possible advantage of PGT and perhaps a reason to understand the present results is the fact that the group experience and the partial insight on the unconscious conflicts might have a synergic effect on the clinical improvement.

PGT group patients apparently were facing more directly their conflicts, thus having a shared opportunity to face the external and hidden contents at the same time. On the other hand, patients of CPC group were not able have such a shared experience of discussing not only symptoms but also feelings and conflicts overtly. Besides, this treatment modality is important from a health policy perspective because it allows that one therapist can assist a higher number of individuals suffering from such a prevalent condition(15).

References

1. Marks, I. Fear reduction by psychoterapies. *British Journal of Psychiatry*, 176:507-511, 2000.
2. Liebowitz, M. R.; Gorman, J. M.; Fyer, A. J.; Klein, D. F. Social phobia a review of a neglected anxiety disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 42(2):729-736, 1985.
3. Goisman, R. M.; Warshaw, M. G.; Keller, M. B. Psychosocial treatment prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder, and social phobia, 1991-1996. *Am J Psychiatry*, 156(4):11, 1999.
4. Kessler, R. C.; McGonagle, K.; Zaho, S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch. Gen. Psychiatry*, 51:8-9, 1994.
5. Gabbard, G. O. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice the DSM-IV. Edition 1994.*
6. Heimberg, R. G. Cognitive behavioral group treatment for social phobia: comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14(1):1-23, 1990.
7. Heimberg, R. G. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29:199-212, 1999.
8. Eizirik, C. L.; Kapczinski, F. P. Observing countertransference in brief dynamic psychotherapy. *Psychother Psychosom*, 56:174-181, 1991.
9. Knijnik, D. Z.; Chachamovich, E.; Margis, R.; Eizirik, C. L. A manual for psychodynamic group psychotherapy in generalized social phobia (In press).
10. Eizirik., C. L. Psicoterapia breve dinâmica: In: Cordioli, A. V. Psicoterapias: abordagens atuais, Porto Alegre:Artes Médicas, 1997.
11. Actman, D. G. Practical statistics for medical research. Chapman and Hall:London, 1991.

12. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
13. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
14. Stein, M. B. Social phobia symptoms, subtypes, and severity findings from a community survey. *Arch Gen Psychiatry*, v. 57, 2000.
15. Stein, M. B. Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *Am J Psychiatry*, 157:1606-1613, 2000.

Legends

Figure 1. Mean Liebowitz Social Anxiety Scale±standard deviation (0-144) of 15 patients under Psychodynamic Group Treatment and 15 patients under Credible Control Group Treatment for Generalized Social Phobia along a 12 week period. LSAS values were significantly different between groups (repeated measures ANOVA $F_{2,56}=3.91$; $P=0.026$).

Figure 2. Mean of the Total Fear-Liebowitz Social Anxiety Scale±standard deviation (0-72) of 15 patients under Psychodynamic Group Treatment and 15 patients under Credible Control Group Treatment for Generalized Social Phobia along a 12 week period. LSAS values were not significantly different between groups (repeated measures ANOVA $F_{2,56}=2.59$; $P=0.084$).

Figure 3. Mean of the Total Avoidance-Liebowitz Social Anxiety Scale±standard deviation (0-72) of 15 patients under Psychodynamic Group Treatment and 15 patients under Credible Control Group Treatment for Generalized Social Phobia along a 12 week period.

LSAS values were significantly different between groups (repeated measures ANOVA $F_{2,56}=5.05$; $P=0.01$).

Figure 4. Mean Hamilton Anxiety \pm standard deviation Scale of 15 patients under Psychodynamic Group Treatment and 15 patients under Credible Control Group Treatment for Generalized Social Phobia along a 12 week period. HAM-A values were significantly different between groups (repeated measures ANOVA $F_{2,56}=4.35$; $P=0.017$).

Table 1. Demographic Characteristics of the Psychodynamic Group and the Control Group.

	PGT (n=15)	CPC (n=15)	P-value
Women:Men	4:11	5:10	1.00 ^a
Age (years) mean ± sd	31.6 ± 10.7	30.5 ± 12.9	0.99 ^b
Marital status			1.00 ^a
Single	11	12	
Married	4	3	
Working status			0.51 ^c
Employed	11	8	
Unemployed	2	3	
Student	2	4	

^a Fisher's exact test

^b Student's t-test

^c Chi-square test

Table 2. Clinician rated symptoms of thirty patients with DSM-IV generalized social phobia across twelve weeks of treatment with Psychodynamic Group and a Control Group (means±sd)

Scales Scores	Week 1 (Baseline)		Week 6		Week 12	
	PGT	CPC	PGT	CPC	PGT	CPC
LSAS	87.9 ± 21.8	81.9 ± 20.5	73.3 ± 23.3	78.3 ± 26.2	67.5 ± 25.3	73.3 ± 29.2
LSAS total avoidance	41.4 ± 12.1	37.5 ± 11.1	33.9 ± 13.4	35.3 ± 14.7	30.5 ± 14.8	35.1 ± 16.9
LSAS total fear	46.5 ± 11.0	44.5 ± 10.3	39.5 ± 11.5	42.9 ± 12.3	37.1 ± 12.7	38.2 ± 12.9
HAM-A	21.6 ± 9.8	20.7 ± 11.6	16.9 ± 9.8	22.6 ± 12.4	17.3 ± 9.1	14.13 ± 9.8
HAM-D	4.1 ± 2.2	4.8 ± 3.3	4.1 ± 3.0	4.3 ± 2.8	3.9 ± 4.1	4.4 ± 2.5
CGI	4.0 ± 0.0	4.06 ± 0.2	3.0 ± 1.3	3.1 ± 0.9	2.7 ± 0.8	2.5 ± 0.9

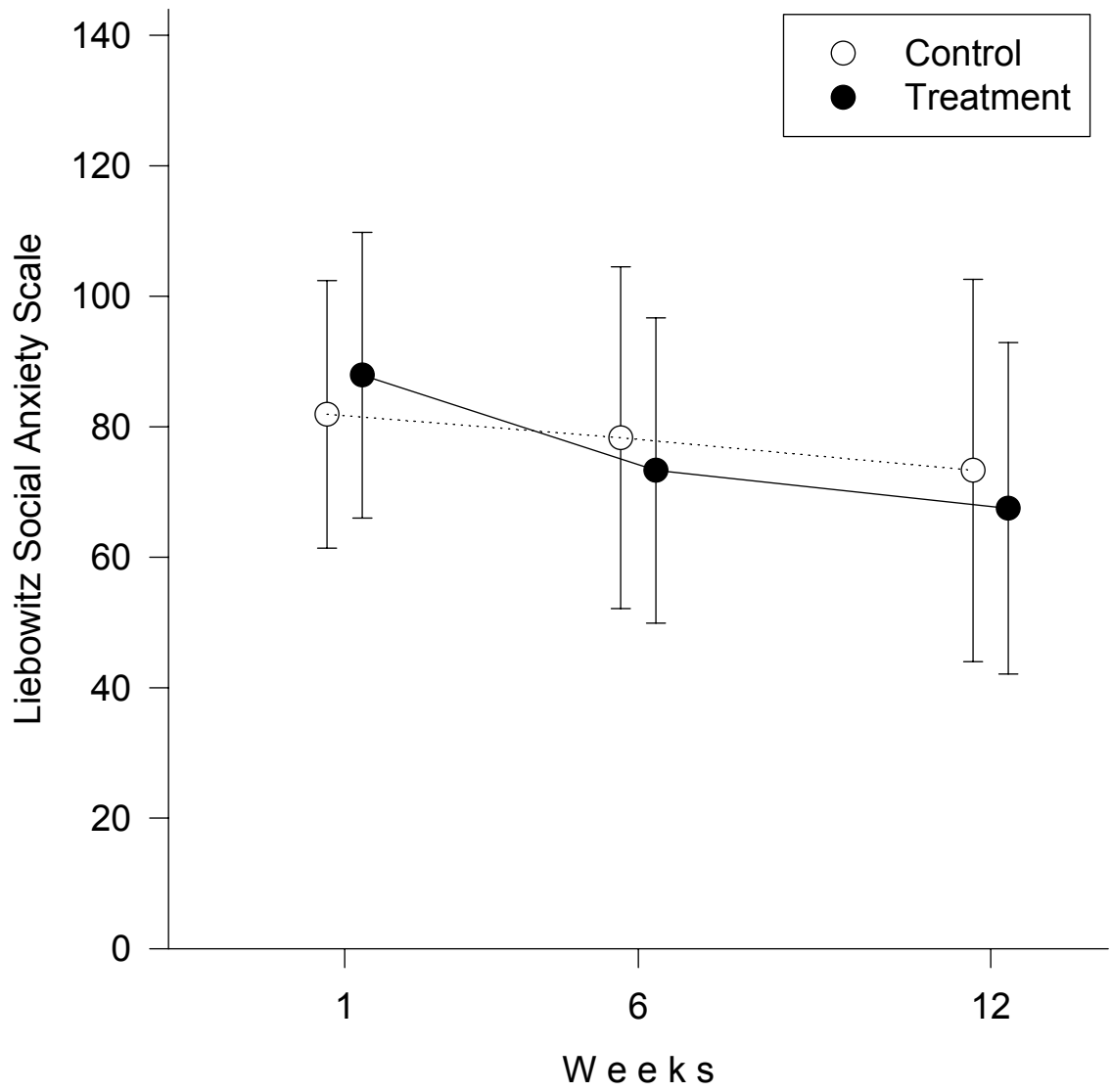


Figure 1.

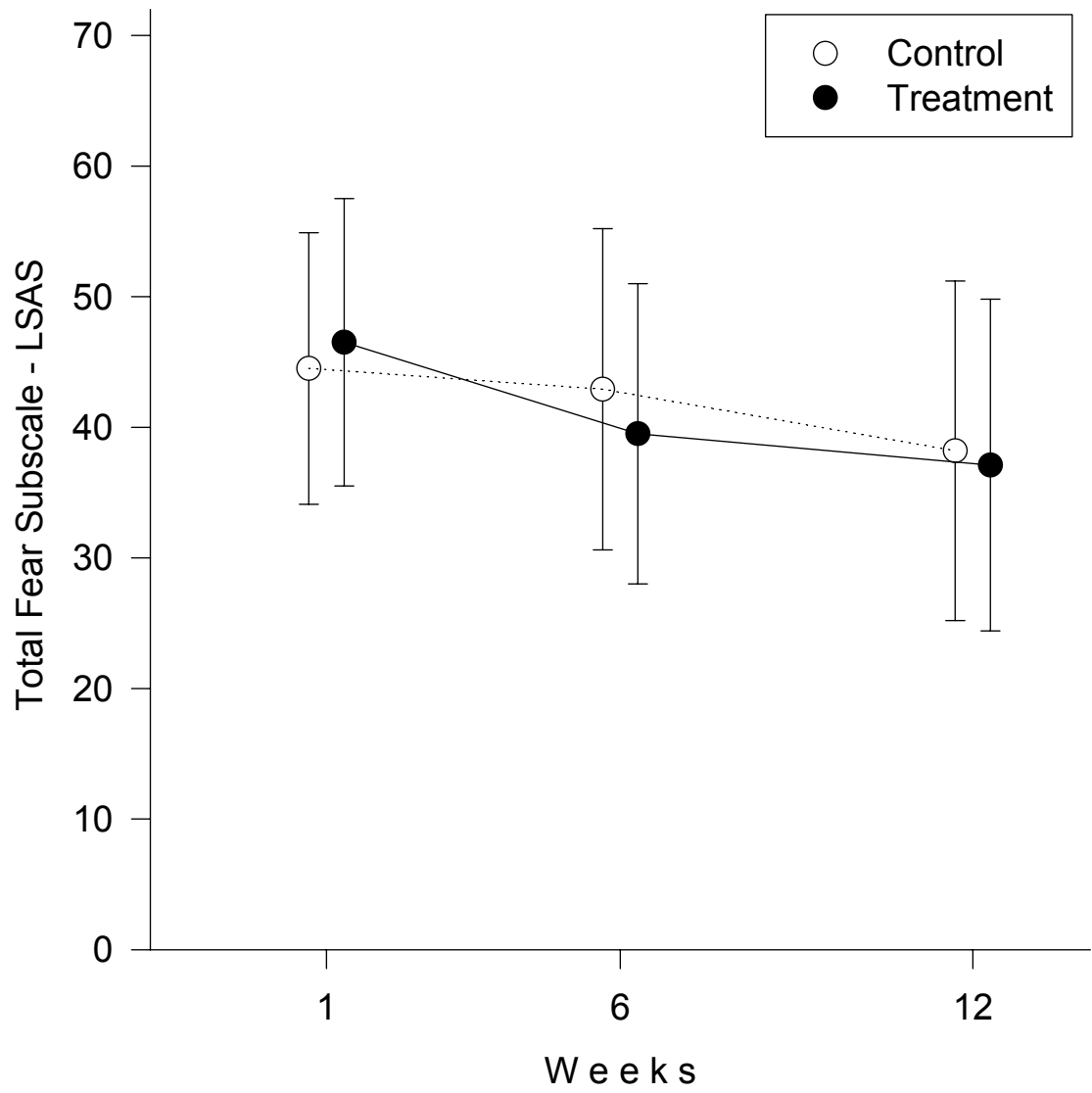


Figure 2.

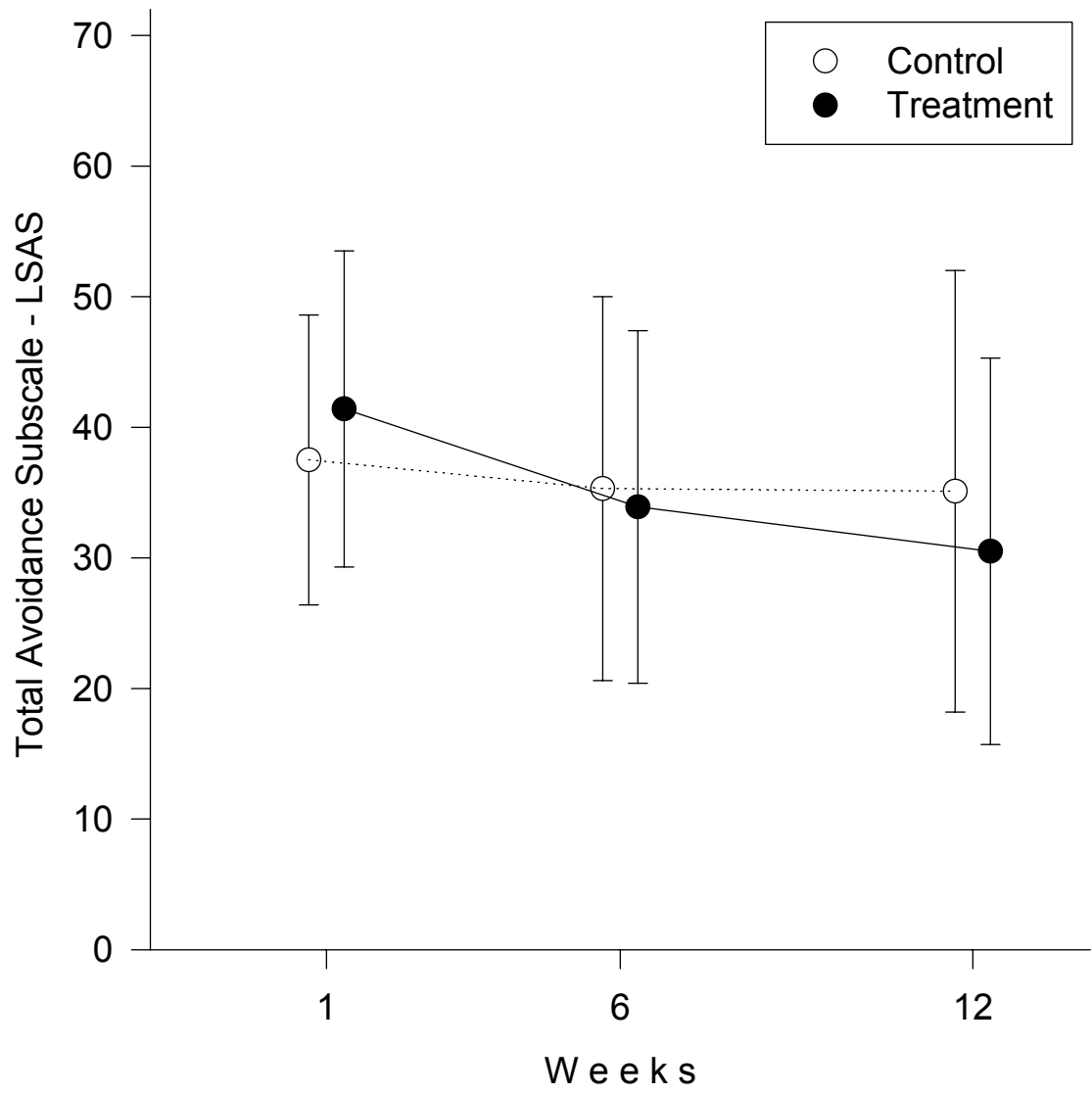


Figure 3.

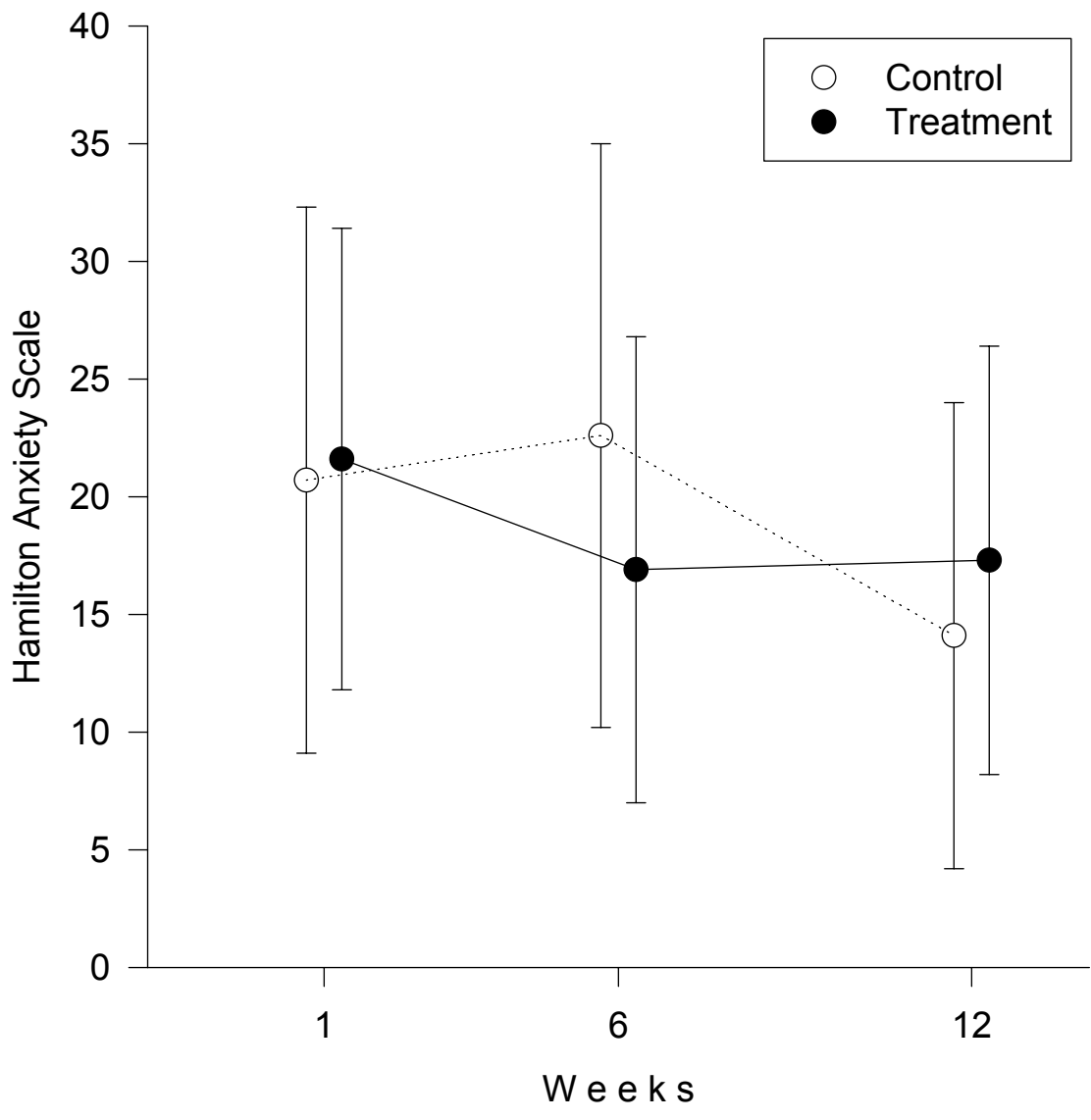


Figure 4.

6. ARTIGO CIENTÍFICO EM PORTUGUÊS

Psicoterapia Dinâmica em Grupo para Fobia Social

Generalizada: comparação com um Grupo Placebo

Daniela Zippin Knijnik, Eduardo Chachamovich, Regina Margis, Flávio Kapczinski, Claudio Laks Eizirik

Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos, 2350, Porto Alegre, RS, 90035-003, Brasil

Endereço para correspondência: Rua Hilário Ribeiro 144 – apartamento 501

Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brazil

CEP 90510 040

Telefone: (51) 33933112 / 99717427

Fax: (51) 33463739

E-mail: knijnik@terra.com.br

Resumo

Introdução: A importância das psicoterapias na Fobia Social Generalizada vem sendo bastante enfatizada. As evidências nesta área focalizam comparações da eficácia das diferentes modalidades de tratamento. No presente momento, não há estudos na literatura sobre a terapia psicodinâmica em grupo para a Fobia Social Generalizada. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é explorar a eficácia da terapia psicodinâmica em grupo para pacientes com Fobia Social Generalizada. **Método:** Trinta pacientes participaram de um ensaio clínico randomizado uni-cego comparando o tratamento psicodinâmico em grupo (PGT) com um grupo controle com credibilidade (CPC) para Fobia Social Generalizada (DSM-IV). PGT consistiu de 12 sessões de psicoterapia de orientação psicodinâmica em grupo. Os pacientes do grupo controle receberam um tratamento que consistiu de palestras-discussões em grupo, que foi comparado a PGT. As escalas Liebowitz de Ansiedade Social (LSAS), Hamilton-Ansiedade (HAM-A), Hamilton-Depressão (HAM-D) e Impressão Clínica Global (CGI) foram aplicadas no início, meio e final de um total de 12 semanas de tratamento. **Resultados:** Ambos os grupos apresentaram melhora na maioria das medidas. No sub-ítem evitação da LSAS, os pacientes do PGT obtiveram melhora superior aos do grupo controle ($F_{2,56} = 5.05, p = 0.010$). Por outro lado, na Escala Hamilton-Ansiedade os pacientes do CPC apresentaram melhores escores em relação aos do PGT ($F_{2,56} = 4.35, P = 0.017$). **Conclusões:** PGT é um método eficaz na redução da evitação em pacientes com Fobia Social Generalizada. Estudos mais aprofundados são necessários.

Palavras chave: Fobia social generalizada, transtorno de ansiedade social; tratamento em grupo; psicoterapia dinâmica em grupo.

Introdução

A Fobia Social é um transtorno de ansiedade caracterizada por medo de humilhação ou embaraço ao interagir socialmente ou atuar na frente de outras pessoas. Primeiramente descrita por Marks e Gelder e considerada uma síndrome distinta há mais de 20 anos, somente em 1980 a Associação Americana de Psiquiatria reconheceu formalmente a Fobia Social como um diagnóstico distinto na publicação do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (2).

Liebowitz (3) referiu-se à Fobia Social como um “transtorno de ansiedade negligenciado” nos anos 80, a partir de quando o interesse pela Fobia Social aumentou significativamente. Durante a última década, a literatura sobre a Fobia Social aponta que esta síndrome está entre os transtornos de ansiedade principais menos estudados e assinala a necessidade de pesquisas para um melhor conhecimento de sua definição, prevalência, etiologia, patofisiologia, avaliação e tratamento.

Um estudo recente propôs-se a investigar a utilização ao longo do tempo dos tratamentos psicossociais em pacientes com fobia social. Este trabalho mostrou que a percentagem de pacientes que recebeu tratamentos psicossociais diminuiu de 1991 a 1995-6. A psicoterapia dinâmica seguiu sendo o método mais utilizado, embora não validado formalmente. Métodos como terapias cognitiva e comportamental, as quais são empiricamente validadas, são usadas com menor frequência (4).

Assim como os inibidores da recaptação da serotonina, um dos tratamentos farmacológicos mais comumente utilizados para a Fobia Social, a psicoterapia psicodinâmica é amplamente difundida(5). Enquanto os inibidores da recaptação da serotonina são relativamente novos, a psicoterapia psicanalítica existe há 100 anos. Como deveriam as

estratégias tradicionais da psicoterapia dinâmica serem modificadas com o objetivo de tratar uma condição tão prevalente como a Fobia Social? O objetivo é tratar a Fobia Social buscando a efetividade sem excessivamente promover dependência na relação terapêutica. Em suma, a pesquisa sistemática em psicoterapia está algumas décadas atrás quando comparada a farmacoterapia no que se refere ao tratamento de pacientes com transtornos de ansiedade. No entanto, os dados existentes são favoráveis a terapia de grupo(8).

O objetivo deste estudo é explorar a eficácia da terapia psicodinâmica em grupo em pacientes com Fobia Social Generalizada.

Método

Sujeitos

Quarenta pacientes que procuraram tratamento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre foram incluídos no presente estudo. Todos os pacientes que participaram foram submetidos a uma entrevista clínica realizada por um psiquiatra e avaliados através do checklist possuindo critérios diagnósticos para Fobia Social Generalizada DSM-IV (1). Os entrevistadores também pontuaram cada paciente de 0-144 na LSAS. Os pacientes foram incluídos no estudo apenas se o escore na LSAS foi igual ou superior a 70. Os potenciais pacientes foram excluídos se apresentassem diagnóstico concomitante de transtorno cerebral orgânico, transtornos de personalidade evitativo ou anti-social, depressão maior ou um escore maior que 18 nos 21 itens da HAM-D. Os pacientes também foram excluídos se receberam um diagnóstico de outro transtorno de ansiedade e se os sintomas da segunda doença fossem definidos como de igual severidade aos da Fobia Social. Se um paciente estivesse sendo tratado com medicação, foi requerido um período de 4 semanas de retirada

dos psicofármacos (*wash-out*) para que pudesse ser incluído no estudo. Vinte e um homens e nove mulheres completaram o estudo. As características demográficas estão descritas na tabela 1.

Procedimentos

Os sujeitos foram alocados randomicamente para Psicoterapia Dinâmica em Grupo (PGT) ou Psicoterapia em Grupo Controle (CPC). Foram formados dois grupos de cada modalidade, com 7 ou 8 pacientes por grupo. Os grupos tiveram 12 sessões uma vez por semana com duração de 90 minutos cada. Antes do início do tratamento, os pacientes participaram de uma entrevista preliminar na qual o tratamento foi explicado e os objetivos individuais de tratamento estabelecidos. Foi realizada uma avaliação pré-tratamento (semana 1), que incluiu escalas pontuadas pelo clínico (LSAS, HAM-A, HAM-D e CGI). As escalas foram reaplicadas nas semanas 6 e 12 de tratamento.

As sessões foram conduzidas pela primeira autora. A terapeuta foi treinada para ambas as modalidades terapêuticas (PGT pelo último autor e CPC pela quarto autor), tendo sido supervisionada uma vez por semana durante uma hora e meia, por dois supervisores distintos, através de descrição detalhada de cada sessão de grupo (entrevista dialogada). O segundo e o terceiro autores realizaram as a alocação randômica e a aplicação dos instrumentos (escalas). O segundo autor participou da análise estatística dos dados e da revisão da base teórica da literatura. O último autor foi o supervisor da PGT e o penúltimo autor foi o supervisor do grupo CPC.

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e todos os pacientes incluídos no estudo concordaram em participar através de um Termo de Consentimento.

Modalidades de Tratamento

Terapia Psicodinâmica em Grupo

A orientação conceitual da Terapia Psicodinâmica em Grupo é psicanalítica, baseando-se na hipótese de que conflitos inconscientes recorrentes estão ligados aos sintomas fóbicos

O terapeuta tenta identificar pensamentos inconscientes, trazendo-os à consciência e busca promover "insights" que possam levar a mudanças psíquicas, inclusive nos mecanismos de defesa. Através de interpretações, os pacientes podem lidar com as situações fóbicas. Atenção especial é dada à resistência e à distribuição de papéis no setting de grupo (6).

Características Técnicas

Uma vez composto o grupo, nenhum outro paciente será aceito (grupo fechado). O número de pacientes é limitado a dez por grupo. O grupo é misto, idealmente com a mesma distribuição entre mulheres e homens. A idade varia entre 18 a 60 anos, com ampla diferença etária para que ocorram vivências mais completas. As sessões são semanais com duração de 90 minutos.

Descrição das Sessões

Sessões 1- 3: coleta e formulação do foco dos pacientes através do relato de história pessoal e da doença. Desde o início do tratamento, a participação será estimulada. Sessões 4-10: interpretação de possíveis correlações sintoma-conflito e exame de situações individuais específicas, procurando identificar áreas comuns inter e entre conflitos.

Encorajamento a discussão e exposição das situações conflitivas. Sessões 11-12: avaliação de resultados e interpretação da ansiedade de separação relacionada ao problema específico de cada paciente. Intervenção de terapeuta: ativa aquisição de dados de cada paciente e do grupo, formulação do foco e sua elaboração através de questionamentos, clarificações e interpretações psicodinâmicas extra-transferenciais, dirigindo as intervenções em cada participante mas, quando possível, sempre tentando unir aspectos comuns entre as situações experimentadas por cada paciente, buscando enfatizar as situações conflitivas encobertas pelos sintomas fóbicos.

Grupo Placebo Controle (CPC)

CPC consistiu de apresentações psicoeducativas. A sessão inicial abordou uma introdução, regras do tratamento e o desenvolvimento de um racional de tratamento. Na primeira parte das sessões 2-12, uma série de palestras e discussões demonstrativas foram apresentadas em tópicos relevantes para indivíduos portadores de fobia social: (a) definições de medo, ansiedade e fobia, (b) formulações teóricas do transtorno de ansiedade social, (c) medo de avaliação negativa, (d) habilidades para uma conversação efetiva, (e) ansiedade antecipatória, (f) fatores fisiológicos da ansiedade, (g) capacidade de se impor e sensibilidade interpessoal, (h) perfeccionismo e necessidade de aceitação, (i) necessidade de estar sempre sob controle, (j) um tópico em aberto, a ser determinado pelo grupo, e (k) na sessão final, uma avaliação da parte educacional do tratamento. Não havia tarefas de casa e os pacientes não traziam tarefas escritas nas sessões seguintes(8).

Na segunda parte das sessões 2-12, os membros do grupo compartilhavam suas atividades da semana passada e preocupações sobre eventos ansiogênicos. Também

sugeriam métodos que poderiam ser usados para lidar com situações comuns aos outros membros do grupo. Essa parte de suporte de cada sessão era relativamente não-estruturada. Para ajudar o terapeuta a manter o foco da discussão, era fornecida uma série de questões para cada sessão relacionadas à discussão educativa que ocorria na primeira metade da sessão. Diferentemente da terapia cognitivo-comportamental em grupo, o terapeuta evita dar instruções ou encorajamentos específicos para que os pacientes busquem e enfrentem as situações fóbicas (i.e. exposição). E, ao contrário da Psicoterapia Psicodinâmica de Grupo, o terapeuta evita interpretações dirigidas ao *insight* ou com o intuito de ajudar os pacientes a lidar com as situações fóbicas. Entretanto, os pacientes são instruídos a discutir quaisquer assuntos que queiram e a utilizar o grupo como um fórum no qual podem se preparar para os eventos fóbicos a serem enfrentados (8).

Instrumentos

Escala de Liebowitz de Ansiedade

A LSAS, a primeira escala pontuada pelo clínico desenvolvida para a quantificação de fobia social, é uma das escalas mais largamente utilizadas. Parece fornecer uma medida confiável, validada e sensível ao tratamento da fobia social. Foi primariamente desenhada para avaliar a variação de interações sociais e de situações de performance que os indivíduos com fobia social temem e/ou evitam. Seus 24 itens são divididos em duas subescalas, os quais medem interação social e situações de performance. O clínico solicita ao paciente que pontue em uma escala 0-3 tipo Likert. Ao clínico é dada a liberdade de investigar a resposta do paciente e, se necessário for, ajustar sua pontuação. Um escore total é calculado a partir da soma dos escores de medo total e de evitação total, e este índice é um dos mais aplicados em estudos de fobia social. No presente estudo as medidas de

desfecho utilizadas foram: total de evitação(0-72) e total de medo(0-72) e o total geral da LSAS(0-144). Estas 3 escalas foram aplicadas no pré-tratamento (semana 1), durante o tratamento (semana 6) e após o tratamento (semana 12) (9).

Escala de Hamilton de Ansiedade

Esta escala foi administrada aplicada pré-tratamento (semana 1), durante o tratamento (semana 6) e após o tratamento (semana 12).

Escala de Hamilton de Depressão

Esta escala foi administrada aplicada pré-tratamento (semana 1), durante o tratamento (semana 6) e após o tratamento (semana 12).

Escala de Impressão Clínica Global

Esta escala foi administrada aplicada pré-tratamento (semana 1), durante o tratamento (semana 6) e após o tratamento (semana 12).

Análise

A análise foi realizada através do Statistical Package for Social Sciences 8.0 Version (SPSS). Para testar a normalidade da distribuição das variáveis das escalas foi utilizado o teste de ajustamento de Kolmogorov Smirnov Goodness. O teste-T de Student foi usado para comparar dados basais das escalas. Os grupos foram comparados ao longo do tempo através de uma análise de variância de medidas repetidas (ANOVA). O nível de significância utilizado foi de 5% (10).

Resultados

Quarenta pacientes foram incluídos no estudo. Os pacientes foram alocados randomicamente para PGT (n=20) e CPC (n=20). Cinco sujeitos que receberam PGT e cinco que receberam CPC não completaram as medidas das semanas 6 e 12. A comparação dos *dropouts* e dos pacientes que completaram o estudo em relação aos dados demográficos e aos escores das escalas aplicadas não evidenciou diferenças significativas. A análise das medidas basais dos sujeitos que completaram o estudo não mostraram diferença entre os grupos nas variáveis demográficas (Tabela 1) e nas medidas de desfecho utilizadas (Tabela 2).

Na escala LSAS, houve uma melhora em ambos os grupos ($F_{2,56}=19.77$; $P<0,001$) ao longo do tempo. O grupo PGT passou de 87.86 ± 21.8 para 67.53 ± 25.3 (na semana 12) e o grupo CPC, de 81.93 ± 20.5 para 73.26 ± 29.2 . A melhora observada no grupo PGT foi significativamente superior à ocorrida no CPC ($F_{2,56}=3.91$; $P=0.026$) (Figura 1).

No sub-ítem evitação da LSAS, houve uma melhora em ambos os grupos ($F_{2,56}=12.87$; $P<0,001$) ao longo do tempo. No entanto, os dois grupos evoluíram de forma diferente, sendo que o grupo PGT passou de 41.4 ± 12.1 para 30.46 ± 14.8 (na semana 12) e o grupo CPC de 37.47 ± 11.1 para 35.06 ± 16.9 . A melhora observada no grupo PGT foi superior à ocorrida no CPC com significância estatística ($F_{2,56}=5.05$; $P=0.01$) (Figura 2).

No sub-ítem medo LSAS, houve uma melhora em ambos os grupos ($F_{2,56}=21.15$; $P<0,001$) ao longo do tempo. No entanto, os dois grupos evoluíram de forma diferente, sendo que o grupo PGT passou de 46.47 ± 11 para 37.06 ± 12.7 (na semana 12) e o grupo CPC, de 44.47 ± 10.3 para 38.2 ± 12.9 . Não houve significância estatística ($F_{2,56}=2.59$; $P=0.084$) na diferença apresentada entre os grupos (Figura 3).

Na escala Hamilton-Ansiedade houve uma melhora em ambos os grupos ($F_{2,56}=6.59$; $P=0,003$) ao longo do tempo. O grupo PGT passou de 21.6 ± 9.8 para 17.3 ± 9.1 (na semana 12) e o grupo CPC de 20.7 ± 11.6 para 14.13 ± 9.8 . A melhora observada no grupo PGT foi significativamente superior à ocorrida no CPC ($F_{2,56}=4.35$; $P=0.017$) (Figura 4).

Na escala Hamilton-Depressão não houve alteração em ambos os grupos ($F_{2,56}=0.17$; $P=0,85$) ao longo do tempo. É importante observar que nenhum sujeito do estudo apresentou escore compatível com diagnóstico de depressão maior em nenhum momento.

Na escala de Impressão Clínica Global houve alteração em ambos os grupos ($F_{2,56}=68.88$; $P<0,001$) ao longo do tempo. Não houve diferença estatística observada entre os grupos ($F_{2,56}=0.26$; $P=0.771$).

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 em 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) em 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.

Os pacientes tratados com PGT apresentaram uma redução mais acentuada na pontuação da sub-ítem evitação da LSAS quando comparados com o grupo tratado com

CPC, o que foi determinante na melhora do escore total da LSAS, uma vez que o sub-item medo da LSAS não mostrou diferença entre os grupos.

A medida de ansiedade verificada através da HAM-A demonstrou que o grupo tratado com PGT teve escores mais elevados do que o tratado com CPC. Este efeito é mais facilmente compreendido partindo da noção de que as terapias psicodinâmicas são geradoras de ansiedade, em especial no início do tratamento. A idéia de que níveis de ansiedade possam ser um fator de melhora para pacientes fóbicos é conhecida de gerações de terapeutas(11). Podemos hipotetizar que um período mais longo de tratamento poderia reduzir os níveis de ansiedade. Outros estudos podem vir a testar esta idéia.

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.

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. Ainda assim, esta modalidade terapêutica permite que um número maior de pacientes seja atendido pelo formato grupal, o que é muito importante para uma condição tão prevalente como a Fobia Social.

Referências Bibliográficas

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
3. Liebowitz, M. R.; Gorman, J. M.; Fyer, A. J.; Klein, D. F. Social phobia a review of a neglected anxiety disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 42:729-736, 1985.
4. Goisman, R. M.; Warshaw, M. G.; Keller, M. B. Psychosocial treatment prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder, and social phobia, 1991-1996. *Am J Psychiatry*, 156:11, 1999.
5. Kessler, R. C.; McGonagle, K.; Zaho, S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch. Gen. Psychiatry*, 51:8-9, 1994.
6. Eizirik, C. L.; Kapczinski, F. P. Observing countertransference in brief dynamic psychotherapy. *Psychother Psychosom*, 56:174-181, 1991.
7. Knijnik, D. Z.; Chachamovich, E.; Margis, R.; Eizirik, C. L. A manual for psychodynamic group psychotherapy in generalized social phobia (In press).
8. Heimberg, R. G. Cognitive behavioral group treatment for social phobia: comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14(1):1-23, 1990.
9. Heimberg, R. G. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29:199-212, 1999.
10. Actman, D. G. Practical statistics for medical research. Chapman and Hall:London, 1991.

Legendas

Figura 1. Média da Escala de Liebowitz \pm desvio padrão (0-144) de 15 pacientes em Tratamento em Grupo Psicodinâmico e 15 pacientes em Tratamento em Grupo Controle para Fobia Social Generalizada durante 12 semanas. Os valores da LSAS foram estatisticamente diferentes entre os grupos (ANOVA de medidas repetidas $F_{2,56}=3.91$; $P=0.026$).

Figura 2. Média do Sub-ítem Evitação da Escala de Liebowitz \pm desvio padrão (0-72) de 15 pacientes em Tratamento em Grupo Psicodinâmico e 15 pacientes em Tratamento em Grupo Controle para Fobia Social Generalizada durante 12 semanas. Os valores foram estatisticamente diferentes entre os grupos (ANOVA de medidas repetidas $F_{2,56}=5.05$; $P=0.01$).

Figura 3. Média do Sub-ítem Medo da Escala de Liebowitz \pm desvio padrão (0-72) de 15 pacientes em Tratamento em Grupo Psicodinâmico e 15 pacientes em Tratamento em Grupo Controle para Fobia Social Generalizada durante 12 semanas. Os valores não foram estatisticamente diferentes entre os grupos (ANOVA de medidas repetidas $F_{2,56}=2.59$; $P=0.084$).

Figura 4. Média da Escala Hamilton-Ansiedade \pm desvio padrão de 15 pacientes em Tratamento em Grupo Psicodinâmico e 15 pacientes em Tratamento em Grupo Controle para Fobia Social Generalizada durante 12 semanas. Os valores foram estatisticamente diferentes entre os grupos (ANOVA de medidas repetidas $F_{2,56}=4.35$; $P=0.017$).

Tabela 1. Características Demográficas de trinta pacientes com Fobia Social Generalizada pelo DSM-IV

	PGT (n=15)	CPC (n=15)	Valor-P
Feminino:Masculino	4:11	5:10	1.00 ^a
Idade (anos) média ± dp	31.6 ± 10.7	30.5 ± 12.9	0.99 ^b
EstadoConjugal			1.00 ^a
Solteiro	11	12	
Casado	4	3	
Estado Profissional			0.51 ^c
Empregado	11	8	
Desempregado	2	3	
Estudante	2	4	

^a teste exato de Fisher

^b teste-t de Student

^c teste de Chi-quadrado

Table 2. Sintomas Clínicos de trinta pacientes com Fobia Social Generalizada durante 12 semanas de tratamento com Terapia Dinâmica de Grupo e Grupo Controle

Escore Escalas	Semana 1 (Baseline)		Semana 6		Semana 12	
	PGT	CPC	PGT	CPC	PGT	CPC
LSAS	87.9 ± 21.8	81.9 ± 20.5	73.3 ± 23.3	78.3 ± 26.2	67.5 ± 25.3	73.3 ± 29.2
LSAS total evitação	41.4 ± 12.1	37.5 ± 11.1	33.9 ± 13.4	35.3 ± 14.7	30.5 ± 14.8	35.1 ± 16.9
LSAS total medo	46.5 ± 11.0	44.5 ± 10.3	39.5 ± 11.5	42.9 ± 12.3	37.1 ± 12.7	38.2 ± 12.9
HAM-A	21.6 ± 9.8	20.7 ± 11.6	16.9 ± 9.8	22.6 ± 12.4	17.3 ± 9.1	14.13 ± 9.8
HAM-D	4.1 ± 2.2	4.8 ± 3.3	4.1 ± 3.0	4.3 ± 2.8	3.9 ± 4.1	4.4 ± 2.5
CGI	4.0 ± 0.0	4.06 ± 0.2	3.0 ± 1.3	3.1 ± 0.9	2.7 ± 0.8	2.5 ± 0.9

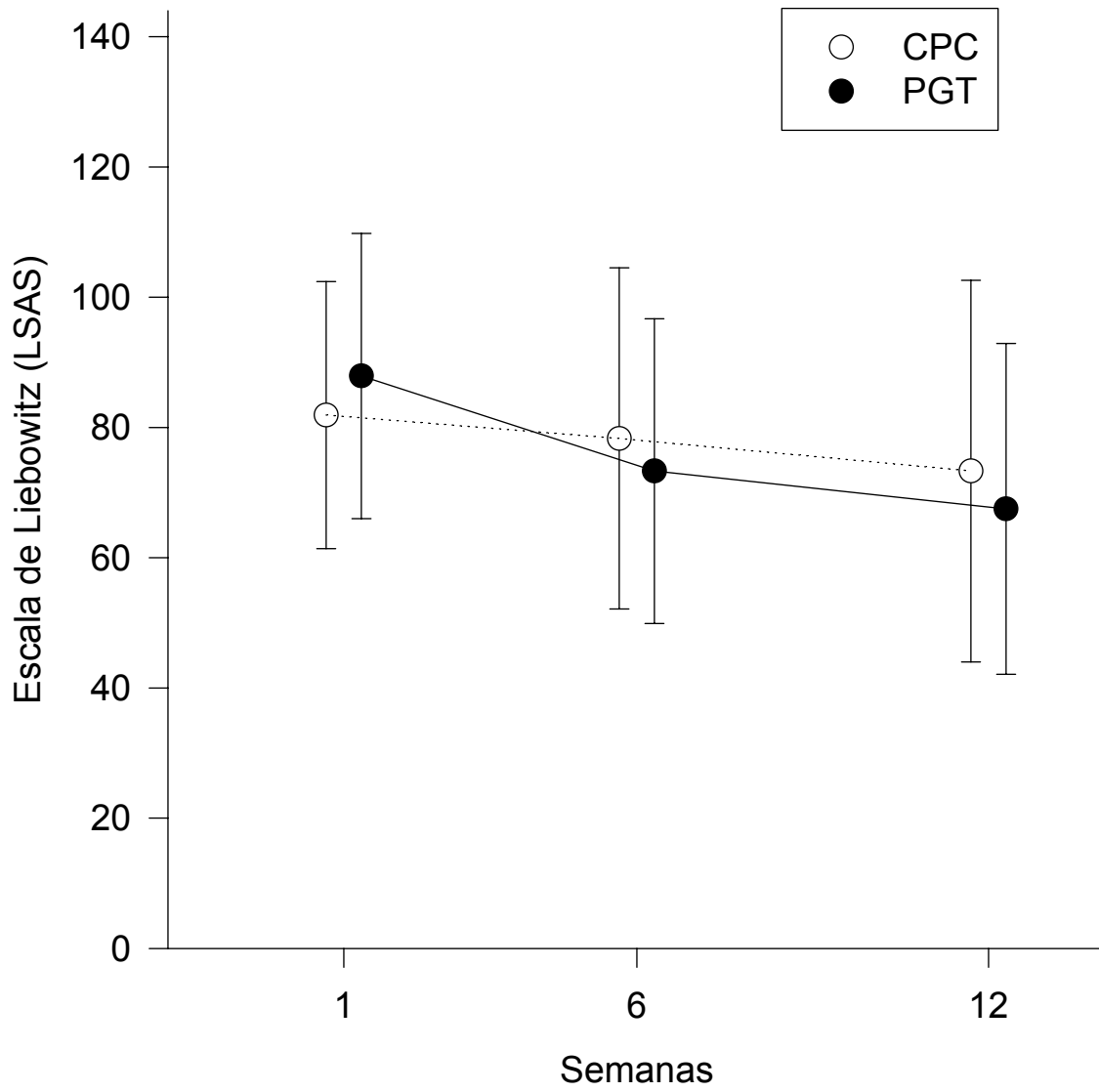


Figura 1.

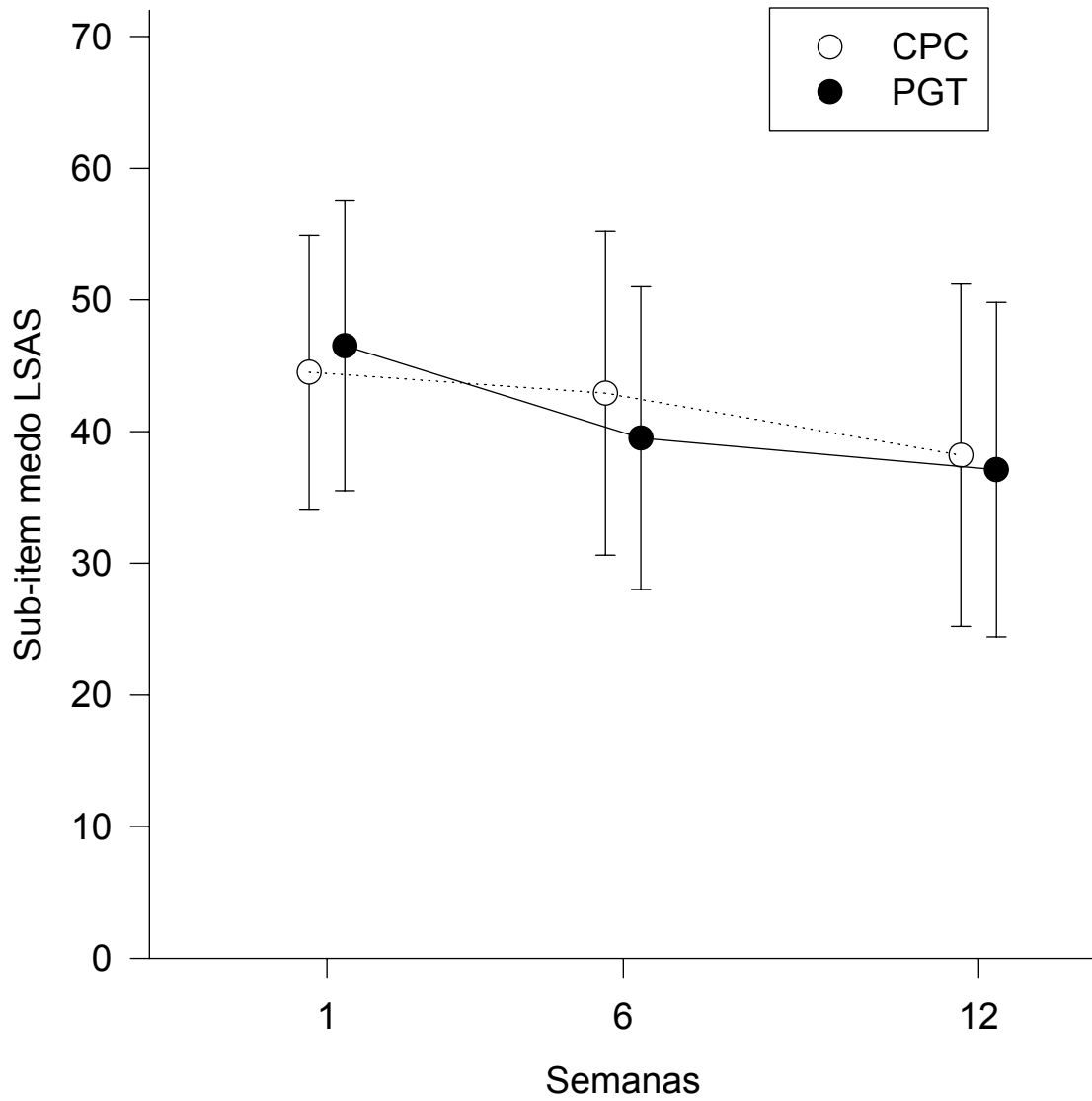


Figura 2.

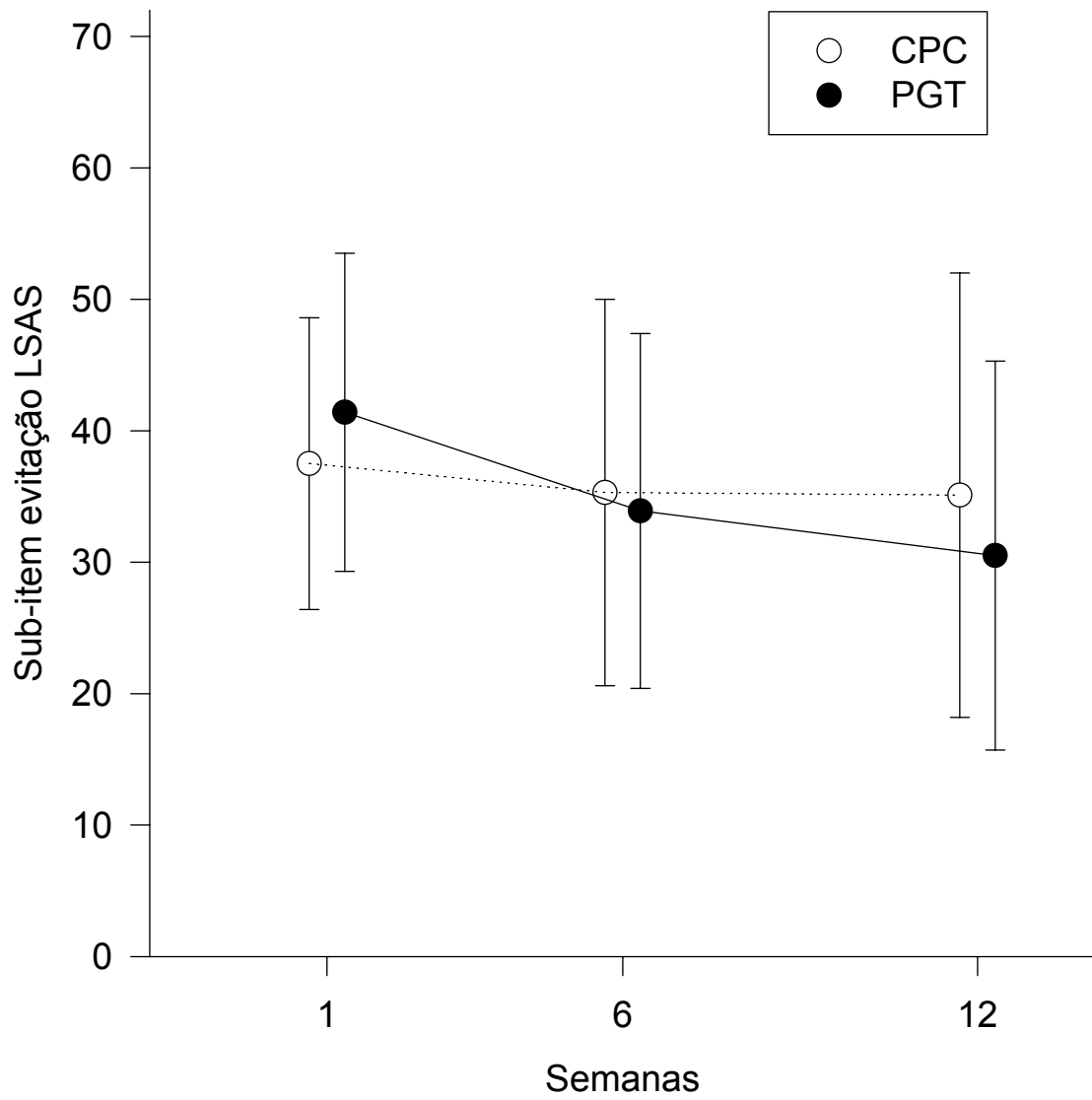


Figura 3.

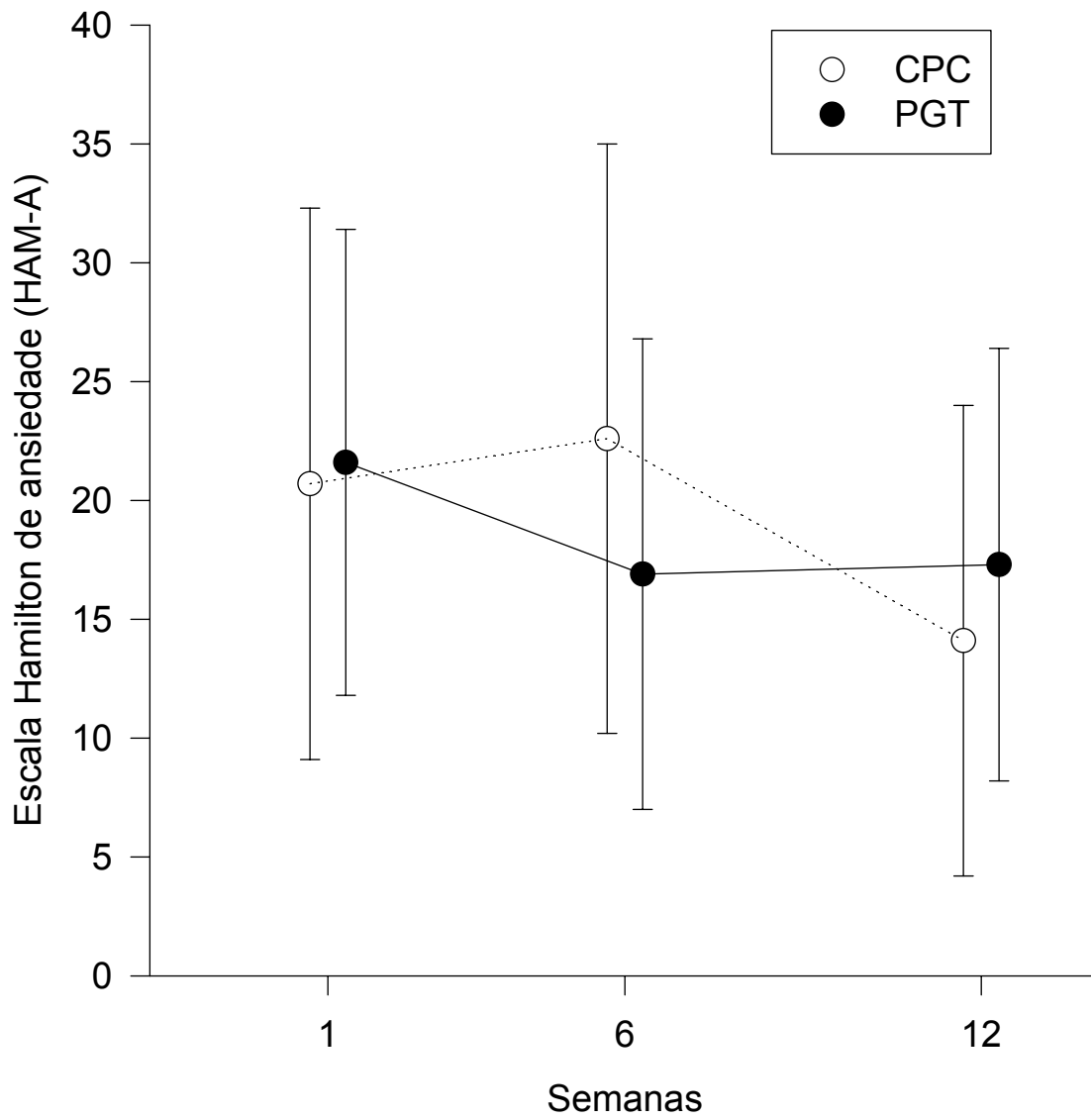


Figura 4.

7. ANEXOS

7.1 Termo de Consentimento Informado

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Declaro que fui informado pela Dra Daniela Zippin Knijnik a respeito da pesquisa "Comparação entre duas formas de terapia de grupo para pacientes com Fobia Social Generalizada", que se refere ao tratamento de pacientes com o diagnóstico de Fobia Social do subtipo Generalizada em grupo, com encontros semanais de duração de 1 hora, durante o período de 12 (doze) semanas, e concordo em participar da mesma. Fui avisado que não poderei escolher qual a forma de terapia, pois serei sorteado para um ou para outro tipo de terapia de grupo.

Para tanto as minhas condições serão avaliadas, realizando-se diagnóstico, exames de laboratório e aplicação de escalas de sintomas durante as entrevistas.

No momento que desejar poderei sair deste estudo sem que o meu tratamento seja descontinuado. Estou ciente de que os dados encontrados poderão ser publicados em periódicos científicos e que se isto acontecer a minha identidade será preservada em todos os momentos desta pesquisa.

Paciente:

Pesquisador:

Testemunha:

Porto Alegre, ____ de Novembro de 1999.

7.2 Escala de Fobia Social - Liebowitz

	Medo ou ansiedade	Evitação
	0 = Nenhum 1 = Leve 2 = Moderado 3 = Intenso	0 = Nunca 1 = Ocasionalmente 2 = Frequentemente 3 = Geralmente
Telefonar em público (P).		
Participar de pequenos grupos (P).		
Comer em locais públicos (P).		
Beber com outros em locais públicos (P).		
Falar com pessoas em posição de autoridade (S).		
Agir, realizar ou falar em frente a uma audiência (P).		
Ir a uma festa (S).		
Trabalhar sendo observado (P).		
Escrever sendo observado (P).		
Chamar alguém que você não conhece muito bem (S).		
Falar com pessoas que você não conhece muito bem (S).		
Encontrar com estranhos (S).		
Urinar em banheiro público (P).		
Entrar em uma sala onde outros já estão sentados (P).		
Ser o centro das atenções (S).		
Falar em uma reunião (P).		
Fazer uma prova (P).		
Expressar uma discordância ou desaprovação para pessoas que você não conheça bem (S).		
Olhar nos olhos de pessoa que você não conheça bem (S).		
Relatar algo para um grupo (P).		
Tentar paquerar alguém (P).		
Devolver mercadorias para uma loja (S).		
Dar uma festa (S)		
Resistir as pressões de um vendedor (S).		
Score total.		
Ansiedade de performance (P).		
ANSIEDADE SOCIAL (S).		

7.4 Escala de Hamilton para Avaliação da Depressão (HAM-D 21 itens)

1. HUMOR DEPRIMIDO (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

- | | | |
|--|--|---|
| 0. Ausente | 3. Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro | □ |
| 1. Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido | | |
| 2. Sentimentos relatados espontaneamente, com palavras | 4. Sentimentos deduzidos de comunicação verbal e não verbal do paciente | |
| | | |

2. SENTIMENTOS DE CULPA

- | | | |
|--|--|---|
| 0. Ausentes | 3. A doença atual é um castigo. Delírio de culpa | □ |
| 1. Auto-recriminação: sente que decepcionou os outros | 4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras | |
| 2. Idéias de culpa ou ruminção sobre erros passados ou más ações | | |
| | | |

3. SUICÍDIO

- | | | |
|---|--|---|
| 0. Ausente | 3. Idéias ou gestos suicidas | □ |
| 1. Sente que a vida não vale a pena | 4. Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria marcar 4) | |
| 2. Desejaria estar morto ou pensa na possibilidade de sua própria morte | | |
| | | |

4. INSÔNIA INICIAL

- | | | |
|--|---|---|
| 0. Sem dificuldade para conciliar o sono | 2. Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites | □ |
| 1. Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora | | |
-

5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| 0. Sem dificuldade | 2. Acorda à noite – qualquer saída da cama | <input type="checkbox"/> |
| 1. O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite | marcar 2 (exceto para urinar) | |
-

6. INSÔNIA TARDIA

- | | | |
|--|--|--------------------------|
| 0. Sem dificuldade | 2. Incapaz de coltar a conciliar o sono ao | <input type="checkbox"/> |
| 1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir | deixar a cama | |
-

7. TRABALHO E ATIVIDADES

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| 0. Sem dificuldades | 3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos três horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempos) | <input type="checkbox"/> |
| 1. Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades: trabalho ou passatempos | 4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar de outras atividades além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda | |
| 2. Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho – quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente, por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade) | | |
-

8. RETARDO (lentidão de idéias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída)

- | | | |
|------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 0. Pensamento e fala normais | 2. Retardo óbvio à entrevista | <input type="checkbox"/> |
| 1. Leve retardo à entrevista | 3. Estupor completo | |
-

9. AGITAÇÃO

- | | | |
|--|---|--------------------------|
| 0. Nenhuma | 2. Torce as mãos, rói as unhas, puxa os | <input type="checkbox"/> |
| 1. Brinca com as mãos, com os cabelos, etc | cabelos, morde os lábios | |
-

10. ANSIEDADE PSÍQUICA

- | | | |
|---------------------------------------|--|--------------------------|
| 0. Sem ansiedade | 3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala | <input type="checkbox"/> |
| 1. Tensão e irritabilidade subjetivas | | |
| 2. Preocupação com trivialidades | 4. Medos expressos sem serem inquiridos | |
-

11. ANSIEDADE SOMÁTICA

- | | | |
|---|------------------|--------------------------|
| Concomitantes fisiológicas da ansiedade tais como: Gastrointestinais: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructações | 0. Ausente | |
| Cardiovasculares: palpitações, cefaléias | 1. Leve | |
| Respiratórias: hiperventilação, suspiros | 2. Moderada | <input type="checkbox"/> |
| Freqüência urinária | 3. Grave | |
| Sudorese | 4. Incapacitante | |
-

12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINAIS

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| 0. Nenhum | 2. Dificuldade de comer se não insistirem. | |
| 1. Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. | Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos | <input type="checkbox"/> |
| Sensações de peso no abdômen | | |
-

13. SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL

- | | | |
|--|---|--------------------------|
| 0. Nenhum | 2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido marcar 2 | <input type="checkbox"/> |
| 1. Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. | | |
| Dores nas costas, cefaléia, mialgias. Perda de energia e cansaço | | |
-

14. SINTOMAS GENITAIS

- | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------|
| Sintomas como: perda do libido, distúrbios menstruais | 1. Leves distúrbios menstruais | <input type="checkbox"/> |
| 0. Ausentes | 2. Intensos | |
-

15. HIPOCONDRIA

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| 0. Ausente | 3. Queixas freqüentes, pedidos de ajuda, etc | |
| 1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo) | 4. Idéias delirantes hipocondríacas | <input type="checkbox"/> |
| 2. Preocupação com a saúde | | |
-

16. PERDA DE PESO (Marcar A ou B)

- | | | |
|--|--|--------------------------|
| A. Quando avaliada pela histórica clínica: | B. Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso: | |
| 0. Sem perda de peso | 0. Menos de 0,5 kg de perda por semana | |
| 1. Provável perda de peso associada à moléstia atual | 1. Mais que 0,5 kg de perda por semana | |
| 2. Perde de peso definida (de acordo com o paciente) | 2. Mais que 1 kg de perda por semana | <input type="checkbox"/> |
-

17. CONSCIÊNCIA DA DOENÇA

- | | | |
|---|----------------------|--------------------------|
| 0. Reconhece que está deprimido e doente | 2. Nega estar doente | |
| 1. Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, ao vírus, à necessidade de repouso, etc | | <input type="checkbox"/> |
-

18. VARIAÇÃO NOTURNA

- | | | |
|---|------------|--------------------------|
| Observar se os sintomas são piores pela manhã ou à noite. | 0. Nenhuma | |
| Caso não haja variação, marcar "nenhuma". | 1. Leve | <input type="checkbox"/> |
| | 2. Grave | |
-

19. DESPERSONALIZAÇÃO E DESREALIZAÇÃO

- | | | |
|--|-------------------|--------------------------|
| Tais como: sensações de irrealidade, idéias niilistas. | 2. Moderadas | |
| 0. Ausentes | 3. Graves | <input type="checkbox"/> |
| 1. Leve | 4. Incapacitantes | |

20. SINTOMAS PARANÓIDES

- | | | |
|-----------------|--|--------------------------|
| 0. Nenhum | 2. Idéias de referência | <input type="checkbox"/> |
| 1. Desconfiança | 3. Delírio de referência e perseguição | |

21. SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS

- | | |
|-----------|--------------------------|
| 0. Nenhum | <input type="checkbox"/> |
| 1. Leves | |
| 2. Graves | |
-

7.5 Impressão Clínica Global (CGI)

I. Gravidade (CGI-G)

Considerando a sua experiência com essa população de pacientes, classifique a gravidade do Transtorno:

- 0.() Não avaliado
- 1.() Normal, não doente
- 2.() Transtorno muito leve, limítrofe
- 3.() Transtorno leve
- 4.() Transtorno moderado
- 5.() Transtorno marcante
- 6.() Transtorno grave
- 7.() Transtorno muito grave

II. Melhora (CGI-M)

Classifique a melhora global do estado geral do paciente, independente de uma possível relação com o tratamento. Compare a condição do paciente em relação à primeira visita:

- 0.() Não avaliado
- 1.() Muito melhor
- 2.() Melhor
- 3.() Ligeiramente melhor
- 4.() Sem alteração
- 5.() Ligeiramente Pior
- 6.() Pior
- 7.() Muito grave