

A PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE SOCIAL, O EVITAMENTO EM SITUAÇÕES SOCIAIS

2016

Vera Alexandra Barbosa Ramos

Psicóloga Clínica e da Saúde

Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde pelo ISMAI

Membro Efetivo da OPP

Formadora Certificada pelo IEFP

Detentora de vários cursos de formação profissional na área de Psicologia

E-mail de contato:

verinhabramos@hotmail.com

RESUMO

A ansiedade social caracteriza-se por um medo constante de situações sociais e é um dos distúrbios mais prevalentes na população geral. As crenças e distorções cognitivas que o indivíduo tem de si próprio e que acredita que os outros pensam dele, afetam-no em toda a sua vida. Este artigo aborda as causas e os fatores de risco para o desenvolvimento desta perturbação, a sintomatologia e exemplos de situações temidas, bem como as consequências que traz para a vida do indivíduo. As opções de tratamento são aqui referidas quer o tratamento psicológico onde se aborda a terapia cognitivo-comportamental, quer o tratamento farmacológico.

Palavras-chave: Ansiedade social, distorção cognitiva, terapia cognitivo-comportamental.

Copyright © 2016.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



INTRODUÇÃO

A ansiedade social tem recebido cada vez maior atenção por parte dos profissionais de saúde uma vez que esta perturbação pode ser tratável.

O nosso país é considerado um dos países da Europa com mais percentagem de população com doenças da vertente da ansiedade e que, de acordo com a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, afeta 16,5% das pessoas. Em Portugal, é nos jovens entre os 18 e os 34 anos que se verifica maior prevalência da doença mental, estimando-se que cerca de metade tenham pelo menos uma perturbação psiquiátrica.

De acordo com Baldwin e Hirschfeld (2005), as perturbações de ansiedade afetam cerca de 5% a 7% da população geral e cerca de 29% das pessoas podem vir a sofrer de uma perturbação de ansiedade pelo menos uma vez ao longo da sua vida.

A pessoa que tem ansiedade social sente-se desconfortável na presença de desconhecidos, evitando o contacto com estes, com pensamentos de que está sujeita a constante escrutínio e demonstra desconfiança, o que leva a um elevado nível de *stress*, a uma limitação substancial na vida quotidiana e, por isso, a uma redução da qualidade de vida (Walsh, 2002; Cairney *et al.*, 2007; Gren-Landell *et al.*, 2008).

Diversos rótulos verbais são utilizados para descrever um estado emocional desagradável de apreensão ou tensão, acompanhado por sintomas de ativação fisiológica, como por exemplo, palpitações, dificuldades em respirar, tonturas, suores, sensações de calor e frio ou tremores, desencadeados por uma ameaça real ou antecipada (Baptista, 1988). Quando algumas pessoas se relacionam com outras sentem-se pouco à vontade e algum desconforto sendo esse desconforto mais ou menos intenso. Sensação de apreensão e nervosismo, palpitações, tremores, suores, rubor e confusão mental e medo irracional são alguns sintomas provocados pela ansiedade social. Se estes sintomas se intensificam até levar ao evitamento de várias situações sociais, provavelmente estamos perante um quadro de Perturbação de Ansiedade Social. Nesta perturbação é comum a preocupação excessiva, o medo de que os outros encontrem em nós alguma falha ou algum sinal de incompetência e que nos possam rejeitar e colocar numa situação humilhante.

Segundo as proposições do modelo cognitivo de Clark e Wells (1995), quando uma pessoa socialmente fóbica entra em contacto com situações sociais, percebe as suas manifestações fisiológicas e comportamentais e, a partir destas, estabelece estratégias de evitamento para enfrentar tais situações, que são percebidas como fonte de perigo. O uso de estratégias de evitamento produz um ciclo vicioso (ansiedade/evitamento/mais ansiedade) que pode favorecer a manutenção desse transtorno (Spurr & Stopa, 2003). Sabemos que quanto mais evitamos uma

determinada situação aversiva, que nos causa mau estar, estamos a aumentar as nossas reações negativas à situação, o que gera ainda mais medo e ansiedade. Sob esta perspetiva, a ansiedade está associada a representações internas percetuais, que funcionam como elementos essenciais para a manutenção de crenças presentes na fobia social (Hofmann, 2000; Rapee & Heimberg, 1997). Neste sentido, a ansiedade social é resultado de perceções negativas da pessoa em relação a si e ao outro, expressas pelas crenças de ter um desempenho negativo ou inadequado frente a diversas situações sociais (Hofmann & DiBartolo, 2000).

DEFINIÇÃO DE ANSIEDADE SOCIAL/FOBIA SOCIAL

A ansiedade foi estudada sobre as mais diversas formas ao longo dos tempos e pelas mais diversas formas ao longo dos tempos e pelas mais diversas ciências (e.g.: medicina, psicologia, sociologia, as quais se encarregaram de definir conceitos, caracterizações e limites quer para a ansiedade em si, quer para as suas variantes (e.g.: perturbação de ansiedade generalizada) e problemáticas adjacentes (e.g.: perturbações de adaptação). A ansiedade é uma das problemáticas do século, visto ser fruto de diversos desencadeadores mas, especialmente da experiência vivida de cada um. Durante muito tempo foi difícil chegar a uma definição de ansiedade social devido à sua estreita relação com a timidez, no entanto, hoje em dia esta perturbação é tida como mais sistémica, podendo resultar de uma deterioração da vida do sujeito, isto é, na timidez há contacto social, enquanto que na ansiedade ou fobia social esse contacto vai sendo cada vez mais diminuído e a ansiedade é mais intensa. Assim, a fobia social caracteriza-se por ansiedade elevada e situacional em reuniões sociais e por pensamentos relacionados com o medo de ser julgado negativamente pelos outros, levando por tal ao evitamento de situações sociais (cf. CID-10).

O termo “Ansiedade Social” refere-se ao nervosismo ou desconforto em situações sociais, habitualmente devido ao medo que a pessoa tem de fazer alguma coisa em que possa ser ridicularizada, humilhada, julgada, desaprovada, ou seja, avaliada de forma negativa pela sociedade, pelos outros. Mas, nem todas as pessoas com ansiedade social reagem da mesma forma às situações sociais, por exemplo, algumas pessoas podem ficar muito incomodadas e desconfortáveis em situações formais relacionadas com o trabalho e ficam mais confortáveis em situações mais casuais, como ir a festas ou a socializar com os amigos e, outras pessoas podem estar mais confortáveis em situações formais de trabalho e mais desconfortáveis em situações mais casuais que levam ao encontro social. Este distúrbio pode ser considerado como medo de situações e interações sociais. É o medo de ser julgado negativamente pelos outros que leva a sentimentos de inadequação, embaraço, humilhação e depressão (Den Boer, 1997).

Para Beck e Emery (1985) *cit in* Nardi (2000, p.110), “o medo central do tímido é o de ser o foco das atenções, de expor as suas fraquezas e, em consequência, ter o seu desempenho avaliado de modo desfavorável”. Isso demonstra a insegurança da pessoa em relação ao seu valor pessoal e às suas competências interpessoais que é ativada quando ele entra em contacto com o olhar dos outros. Uma das formas mais frequentes na qual a ansiedade se faz presente na timidez é quando o indivíduo antecipa mentalmente consequências negativas para os seus atos, aumentada pela expectativa de entrar nas situações temidas, levando à fuga ou ao enfrentar da situação acompanhado de mal-estar considerável. Essa ansiedade experimentada previamente antes de entrar nas situações é denominada “Ansiedade Antecipatória”.

SINTOMATOLOGIA DA ANSIEDADE SOCIAL E SITUAÇÕES TEMIDAS

A sintomatologia recorrente passa pelo rubor, tremores, vontade de urinar e náuseas mas, a fuga às situações sociais evita esses sintomas promovendo o progressivo isolamento do indivíduo. Podem estar presentes sintomas como dor abdominal, tensão muscular, batimento cardíaco acelerado, mãos frias, diarreia, choro, boca seca, sudorese, dificuldade em falar, entre outros sintomas. Pessoas que padecem desta perturbação são ainda afetadas a nível emocional ficando mais sensíveis com as críticas, as suas habilidades sociais são fracas, têm baixa autoestima e autodestroem-se com pensamentos negativos e distorcidos da realidade. A prevalência a 12 meses é de 7% e diminui com o avançar da idade, como tal, é mais frequente na adolescência e em jovens adultos (DSM-V, 2013).

Pessoas com ansiedade social têm mais sintomas e são mais afetadas pelo seu desconforto perante os eventos sociais do que as pessoas tímidas e isso é consistente com a noção de que a timidez é uma condição subclínica e um traço de personalidade normal, não patológico (Heiser et al., 2009). Embora ambas estejam relacionadas, a maior parte das pessoas consideradas tímidas não têm critérios para ansiedade social (Heiser *et al.*, 2003) e muitos consideram a timidez com um traço de personalidade que não deve ser confundido com fobia social (Stein, 1996).

As situações temidas podem variar entre falar com alguém que é visto como superior hierárquico ou mais popular, tomar iniciativa ou manter uma conversa, conversar com pessoas do sexo oposto, convidar um amigo para sair, ir a uma festa, falar ao telefone, expressar a opinião pessoal, ir a uma entrevista de emprego, ir jantar com um grupo de pessoas, manter o contacto ocular, falar em público, estar em situações de avaliação, etc.

Conforme vimos, nesta perturbação estão presentes três componentes de sintomatologia: sintomas físicos, sintomas cognitivos e os sintomas comportamentais. Relativamente aos sintomas

cognitivos, destacam-se os pensamentos distorcidos, as interpretações ansiosas nas situações sociais, como por exemplo:

“Tenho que passar uma boa impressão de mim próprio”; “Vou passar uma imagem de uma pessoa ridícula e parva”; “Se eu falhar, toda a gente vai perceber e vão rir-se de mim à frente de todos”; “Eu realmente, não faço nada de jeito”; “Sinto-me assim porque sou um fraco, não presto”.

Todos estes pensamentos são distorções cognitivas da pessoa ansiosa e não do que os outros pensam dessa pessoa, embora a pessoa ansiosa acredite que os outros pensam exatamente o mesmo.

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DO DSM-5 PARA A ANSIEDADE SOCIAL

A. Medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. Inclui interações sociais (e.g.: manter uma conversa, encontrar pessoas que não são familiares), ser observado (e.g.: a comer ou beber) e situações de desempenho diante de outros (e.g.: proferir palestras).

Nota: Em crianças, a ansiedade deve ocorrer em contextos que envolvem os seus pares, e não apenas em interações com adultos.

B. O indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente (e.g.: será humilhante ou constrangedor; provocará a rejeição ou ofenderá a outros).

C. As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade.

Nota: Em crianças, o medo ou ansiedade pode ser expresso através do choro, com ataques de raiva, imobilidade, comportamento de agarrar-se, encolhendo-se ou fracassando em falar em situações sociais.

D. As situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade.

E. O medo ou ansiedade é desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social e o contexto sociocultural.

F. O medo, ansiedade ou evitamento é persistente, geralmente durando mais de seis meses.

G. O medo, ansiedade ou evitamento causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou noutras áreas importantes da vida do indivíduo.

H. O medo, ansiedade ou evitamento não é consequência dos efeitos fisiológicos de uma substância (e.g.: abuso de drogas, ingestão de medicamentos) ou de outra condição médica.

I. O medo, ansiedade ou evitamento não é melhor explicado pelos sintomas de outro distúrbio mental, como o transtorno de pânico, transtorno dismórfico corporal ou transtorno do espectro do autismo.

J. Se outra condição médica (e.g.: doença de Parkinson, obesidade, desfiguração por queimaduras ou ferimentos) está presente, o medo, ansiedade ou evitamento não estão relacionados.

CAUSAS E FATORES DE RISCO

A ansiedade social pode fazer com que seja bastante complicado o estabelecimento e manutenção de relações saudáveis e duradouras. Até a forma mais simples de interação social, como por exemplo, conversar com o vizinho que passou à porta, para algumas pessoas pode ser uma situação muito difícil e desconfortável. Ao contrário de outras condições de saúde, acredita-se que a ansiedade social esteja mais relacionada a causas externas/ambientais do que a causas genéticas. Por isso, é possível afirmar que a perturbação de ansiedade social pode ser um comportamento aprendido ao longo da vida.

Este distúrbio está relacionado com diversos fatores que poderão incluir estilos e traços de personalidade, por exemplo, introversão, timidez ou perfeccionismo.

As pessoas que são tímidas sentem-se frequentemente desconfortáveis em certas situações sociais, em especial aquelas situações que envolvem interação com outras pessoas e o conhecer novas pessoas. As pessoas que são introvertidas tendem a ser mais sossegadas e evitam ou retiram-se mais de situações sociais, podendo preferir estar sozinhas. No entanto, as pessoas introvertidas não são necessariamente ansiosas ou receosas quando socializam. A disposição para o perfeccionismo está associada à tendência para manter elevadas expectativas para si mesmo que são difíceis ou impossíveis de cumprir. Este perfeccionismo pode levar a pessoa a sentir-se ansiosa em público pelo receio de que as outras pessoas reparem nas suas falhas e a julguem de forma negativa e reprovável.

Parece haver ainda uma associação entre esta perturbação e a forma como a criança desde a sua infância vai incutindo a educação dos seus pais, por exemplo, a sobreproteção dos pais pode levar a que a criança desenvolva ansiedade social, pois são transmitidas às crianças crenças de um mundo hostil, perigoso e ameaçador e estas intensas preocupações dão origem a sentimentos de insegurança que afetam a sua autoestima e passam a perturbar a sua vida nas relações sociais, preferindo evitá-las, o que promove o isolamento. Sabe-se que os pais com distúrbios ansiosos apresentam maiores níveis de *stress* e maior preocupação acerca dos filhos e das suas atividades, exercendo um efeito negativo e inibindo o comportamento destes e a sua socialização. Isso leva a predisposição para comportamentos ansiosos no futuro. A aprendizagem por observação e imitação dos modelos, que neste caso são os pais, também pode ser importante (Turner *et al.*, 2003).

Muitos autores defendem que a única forma hereditária de ansiedade social é o subtipo generalizado, podendo os dois subtipos estar associados a diferentes traços genéticos. Terá também alguma relação com o distúrbio de personalidade evitante, que se acredita que tenha também uma base familiar (Walsh, 2002).

Segundo Magee (1999) alguns eventos negativos podem contribuir para o aparecimento desta patologia. Experiências sociais traumáticas que despertem medo ou ansiedade elevada podem conduzir ao desenvolvimento da ansiedade social através do condicionamento clássico. Um bom exemplo é o *bullying*, crianças que sofrem ou sofreram no passado provocações, rejeições e humilhações, tendem a ser mais propensas a transtornos de ansiedade social, bem como outros acontecimentos negativos traumáticos como é o caso de conflitos familiares ou abuso sexual. O abuso sexual por parte de um familiar, principalmente em mulheres, ou discussões e agressões verbais entre os pais parecem desempenhar um papel importante no aparecimento da ansiedade social.

COMORBILIDADE COM A DEPRESSÃO

Em casos graves ou crónicos de ansiedade social, a longo prazo, promove o desenvolvimento de outras doenças psicológicas, como é o caso da depressão. Segundo Lamberg (1998), um fóbico social tem uma probabilidade quatro vezes maior de ter outro distúrbio de ansiedade ou um distúrbio afetivo, tendo duas a três vezes maior probabilidade de ter uma depressão (Stein *et al.*, 2000; Beesdo *et al.*, 2007; Bella *et al.*, 2009). De facto, a insegurança típica dos estados ansiosos pode ser melhor explicada à luz de uma auto-perceção pessimista e de uma representação temerosa da realidade, ambos de conotação depressiva.

Monedero (1973) considera a angústia como um temor de algo que vai acontecer e a ansiedade como um temor atual, caracterizado pela procura e impaciência apressada.

Cunningham (1997) defende que a depressão é como uma complicação frequente dos transtornos ansiosos e que os sintomas ansiosos são comuns nas doenças depressivas primárias, afirmando que os pacientes com depressão primária apresentam estados ansiosos graves.

Um indivíduo que padece de ansiedade social pode começar a sofrer de depressão como resultado da perda das relações pessoais, o próprio isolamento, perda de autoestima e a incapacidade de sair de casa. Na maior parte dos casos, a ligação entre a ansiedade social e a depressão inicia com poucos níveis de ansiedade social, mais frequentes na infância, mas pode evoluir para uma perturbação de ansiedade social, onde o indivíduo começa a ter medo intenso de estar perante uma multidão, medo que aconteça algo embaraçoso e que seja ridicularizado, medo

de ser julgado negativamente, levando-o ao evitamento destas situações sociais e, conseqüentemente ao isolamento. Estas ocorrências podem conduzir a um quadro depressivo, o que tornará ainda mais difícil encontrar estímulo e motivação para sair de casa ou participar em eventos sociais. Quando a ansiedade social e a depressão estão presentes em simultâneo, pode levar a outras problemáticas como ataques de pânico ou um sentimento generalizado de ansiedade.

Não devemos esquecer que os pacientes deprimidos também possuem sintomas semelhantes à ansiedade social e podem não ter esta perturbação, pois também limitam com frequência as suas atividades sociais, também se isolam, no entanto estes factos apenas se devem à perda de interesse, prazer ou motivação.

TRATAMENTO PSICOLÓGICO

Há dados que apontam para o facto das pessoas que mais necessitam de tratamento para a ansiedade social são as que menos procuram ajuda (Schneier *et al.*, 1992; Magee *et al.*, 1996; Ruscio *et al.*, 2008). Uma razão para isso é o facto do indivíduo com o maior número de medos poder ver a sua condição como intratável, como uma parte da sua personalidade, ao contrário daqueles que têm um menor número de medos sociais (Bruch *et al.*, 1995).

A terapia cognitivo-comportamental é a mais relevante para ajudar o paciente com perturbação de ansiedade social uma vez que, a base desta terapia está na identificação e modificação de pensamentos e sentimentos que acabam por afetar o comportamento da pessoa, ao que designamos de reestruturação cognitiva. Alterando a forma como se pensa sobre as situações sociais, a pessoa irá sentir menos ansiedade e conseqüentemente não necessitará de adotar os comportamentos de evitamento dessas mesmas situações, assim sendo, o paciente aprende a reconhecer e a mudar pensamentos negativos sobre ele mesmo, aprende técnicas de assertividade e competências sociais, aprende a controlar os sintomas físicos da ansiedade através de técnicas de relaxamento e exercícios de respiração, aprende a gerir e a aceitar as emoções negativas e a transformá-las em emoções mais positivas e motivadoras.

As pessoas com ansiedade social centram-se apenas na própria ansiedade, ficando muito preocupadas com os sintomas que vão demonstrar para as outras pessoas. É importante aceitar que estas mudanças de pensamentos e sentimentos são graduais e não se conseguem de forma rápida. Há estudos que apontam que os doentes que recebem tratamento cognitivo-comportamental têm taxas mais baixas de recaídas do que aqueles que recorrem apenas aos fármacos (Liebowitz, 1999).

Em suma, os objetivos do tratamento passam pela extinção dos pensamentos e sentimentos e, por sua vez, dos comportamentos, que estão a contribuir para a manutenção da ansiedade social,

bem como é importante trabalhar a autoestima, desenvolver um autoconceito realista e positivo da própria pessoa nas situações sociais, trabalhar as competências de comunicação e incentivar ao relaxamento em situações sociais.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Os fármacos utilizados para o tratamento da ansiedade social incluem os inibidores da monoaminoxidase reversíveis e irreversíveis, antidepressivos tricíclicos, inibidores seletivos da recaptção da serotonina, inibidores seletivos da recaptção da noradrenalina, benzodiazepinas e betabloqueadores (Bentley *et al.*, 2001; Fehm *et al.*, 2005; Muller *et al.*, 2005). Os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) são os fármacos de primeira linha, sendo a paroxetina a mais estudada e a mais usada no tratamento da ansiedade social pois são melhor tolerados, têm menos efeitos secundários que os restantes e são úteis para tratar simultaneamente comorbilidades como depressão ou outros distúrbios de ansiedade (Muller *et al.*, 2005).

As benzodiazepinas têm efeitos úteis na fobia social, obedecendo à mesma lógica da sua utilização no distúrbio de pânico e no distúrbio de ansiedade generalizada (Pinto, 2000). Está demonstrado que a ansiedade diminui pelo seu efeito inibitório GABA (Muller *et al.*, 2005).

A farmacoterapia, no caso de existência de comorbilidade como depressão ou outro distúrbio ansioso deve ser direcionada para essas condições de maneira a ser prescrita a menor quantidade possível de fármacos. Idealmente, deve ser evitada no caso de gravidez ou amamentação (Muller *et al.*, 2005).

CONCLUSÃO

A ansiedade social é uma perturbação que afeta a pessoa a nível pessoal, laboral e social no entanto, muitas pessoas que padecem desta perturbação não tomam iniciativa de procurar auxílio. Este distúrbio é um dos mais prevalentes transtornos psicológicos na população geral e apresenta-se regularmente associado a outros diagnósticos psiquiátricos, mais frequentemente a depressão. A auto-imagem negativa, os pensamentos distorcidos e os comportamentos de segurança, mostraram-se associados ao aumento e manutenção da ansiedade social. O seu diagnóstico correto e intervenção adequada minorizam os efeitos negativos que esta problemática traz para os seus portadores. Apelar para a consciencialização dos profissionais de saúde para esta condição é pertinente, uma vez que, uma intervenção mais precoce permite um menor impacto na vida das

peçoas que padecem deste distúrbio. O efeito da doença nas atividades do dia a dia das peçoas é evidente, o que automaticamente se traduz a uma menor qualidade de vida. De todos os medos referidos neste artigo, o medo de falar em público é o mais frequente.

De acordo com a literatura científica, a terapia cognitivo-comportamental e a farmacologia são as intervenções terapêuticas essenciais para os quadros de ansiedade social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (4th ed.). Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Washington: American Psychiatric Association.

Baldwin, D.S. & Hirschfeld, R. M. A. (2005). *Fast Facts: Depression* (2nd ed.). Oxford UK: Health Press.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice Hall.

Baptista, A. (1988). Ansiedade I. Natureza e classificação. *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos, 1*, pp. 149-164.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). Nova Iorque: Guilford.

Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D., Stein, M., Höfler, M., Lieb, R., et al. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of general psychiatry, 64*(8), pp. 903-912.

Bella, T. & Omigbodun, O. (2009). Social phobia in Nigerian university students: prevalence, correlates and co-morbidity. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 44*, pp. 458–463.

Bentley, K. & Walsh, J. (2001). *The Social Worker & psychotropic medication: Toward effective collaboration with mental health clients, families and providers* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.



Blanco, C., Schneier, F., Schmidt, A., Blanco-Jerez, C., Marshall, R., Sánchez-Lacay, A., et al. (2003). Pharmacological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Depression and anxiety, 18(1)*, pp. 29-40.

Bruch, M., Hamer, R. & Heimberg, R. (1995). Shyness and public self-consciousness: additive or interactive relation with social interaction? *Journal of personality, 63*, pp. 47-63.

Cairney, J., McCabe, L., Veldhuizen, S., Corna, L., Streiner, D. & Herrmann, N. (2007). Epidemiology of Social Phobia in Later Life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 15(3)*, pp. 224-233.

Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. Heimberg, M. D. Liebowitz, A. Hope & F. R. Schneier (Orgs.), *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. Nova York: Guilford.

Cunningham L. A. (1997). *Depression & anxiety in the primary care setting. Compr Ther, 23(6)*, pp. 400-406.

Davidson, J., Potts, N., Richichi, E., Krishnan, R., Ford, S., Smith, R., et al. (1993). Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *Journal of clinical psychopharmacology, 13(6)*, pp. 423-428.

Den Boer, J. (1997). Social Phobia: Epidemiology, recognition and treatment. *British Medical Journal, 315 (7111)*, pp. 796-781.

Fehm, L., Pelissolob, A., Furmark, T. & Wittchen, H. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology, 15*, pp. 453-462.

Gren-Landell, M., Tillfors, M., Furmark, T., Bohlin, G., Andersson, G. & Svedin, C. (2008). Social phobia in Swedish adolescents. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 44*, pp. 1-7.

Heiser, N., Turner, S. & Beidel, D. (2003). Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behaviour Research & Therapy, 41*, pp. 209-221.

Heiser, N., Turner, S., Beidel, D. & Robertson-Nay, R. (2009). Differentiating social phobia from shyness. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, pp. 469-476.

Hofmann, S. G. (2000). Self-focused attention before and after treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38, pp. 717-725.

Hofmann, S. G. & DiBartolo, P. M. (2000). An instrument to assess selfstatements during public speaking: scale development and preliminar psychometric properties. *Behaviour Therapy*, 31, pp. 499-515.

Lamberg, L. (1998). Social phobia - not just another name for shyness. *JAMA*, 20, pp. 685-689.

Liebowitz, M. (1999). Update of the diagnosis and treatment of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(18), 22-26.

Magee, W. (1999). Effects of negative life experiences on phobia onset. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, pp. 343-351.

Magee, W., Eaton, W., Wittchen, H., McGonagle, K. & Kessler, R. (1996). Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *JAMA*, 75, p. 1046.

Monedero, C. (1973). *Psicopatologia General*. Madrid, Biblioteca Nueva.

Muller, J., Koen, L., Seedat, S. & Stein, D. (2005). Social anxiety disorder : current treatment recommendations. *CNS Drugs*, 19(5), pp. 377-391.

Nardi, A. (2000). *Transtorno de ansiedade social: fobia social – timidez patológica*. Rio de Janeiro: Medsi.

Pinto G. J. (2000). *Ansiedade Social: da timidez à fobia social*. Quarteto Editora.

Rapee, R. M. & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, pp.741-756.

Ruscio, A., Brown, T., Chiu, W., Sareen, J., Stein, M. & Kessler, R. (2008). Social Fears and Social Phobia in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine*, 38(1), pp. 15-28.

Schneier, F., Johnson, J., Hornig, C., Liebowitz, M. & Weissman, M. (1992). Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of general psychiatry*, 49(4), pp. 282-288.

Spurr, J. M., & Stopa, L. (2003). The observer perspective: effects on social anxiety and performance. *Behaviour Research and Therapy*, 41(9), pp. 1009-1028.

Stein, D., Cameron, A., Amrein, R. & Montgomery, S. (2002). Moclobemide is effective and well tolerated in the long-term pharmacotherapy of social anxiety disorder with or without comorbid anxiety disorder. *International clinical psychopharmacology*, 17(4), pp. 161-170.

Stein, D., Ipser, J. & Balkom, A. (2004). Pharmacotherapy for social phobia. *Cochrane database of systematic reviews*, 18(4), CD001206.

Stein, M. (1996). How shy is too shy? *Lancet*, 347, pp. 1131-1132.

Stein, M. (2006). An epidemiologic perspective on social anxiety disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(12), pp. 3-8.

Stein, M., Fuetsch, M., Muller, N., Hofler, M., Lieb, R. & Wittchen, H. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 58, pp. 251-256.

Stein, M. & Kean, Y. (2000). Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *The American journal of psychiatry*, 157(10), pp. 1606-1613.

Stein, M., Liebowitz, M., Lydiard, R., Pitts, C., Bushnell, W. & Gergel, I. (1998). Paroxetine treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder): a randomized controlled trial. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 280(5), pp. 708-713.

Turner, S., Beidel, D., Robertson-Nay, R., & Tervo, K. (2003). Parenting behaviors in parents with anxiety disorders. *Behaviour research and therapy*, 41(5), pp. 541-554.

Walsh, J. (2002). Shyness and Social Phobia: A Social Work Perspective on a Problem in Living. *Health & Social Work*, 27(2), pp. 137-144.

