

O TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DA FOBIA SOCIAL: UMA REVISÃO

2011

Camila Moter Barbieri

Psicóloga, Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Aneron de Ávila Canals

Médico, Mestre em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); Especialista em Psiquiatria. Associação Brasileira de Psiquiatria; Especialista em Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais. Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).
Orientador.

Email:

milamoter@hotmail.com

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi fazer uma revisão nas principais bases de dados da psiquiatria e psicologia de artigos sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento da fobia social, com foco nas principais técnicas empregadas e nos efeitos obtidos. Foi realizada uma revisão sistemática, nos últimos 5 anos, nas bases de dados *Scielo*, *Lilacs*, *Medline*, *Pubmed*, *Web of Science* e *Psycinfo*. Os dois componentes principais do tratamento com terapia cognitivo-comportamental para a fobia social foram: a reestruturação cognitiva e a terapia de exposição. Os resultados indicaram que, quando comparados ao grupo controle ou à lista de espera, os pacientes que receberam a terapia cognitivo-comportamental apresentaram melhoras superiores nos sintomas da ansiedade social. Concluímos que a terapia cognitivo-comportamental tem se mostrado eficaz para o tratamento da fobia social, porém, no Brasil, ainda há necessidade de serem realizadas mais pesquisas, por existirem poucos estudos comprovando essa eficácia.

Palavras-chave: Fobia social, tratamento, terapia cognitivo-comportamental

INTRODUÇÃO

A Fobia Social, também chamada de Transtorno de Ansiedade Social, é uma categoria diagnóstica recente e anteriormente negligenciada, por ser, muitas vezes, confundida com uma simples timidez. A diferença é que ela é extremamente incapacitante e provoca bastante sofrimento e prejuízo na rotina diária da pessoa que sofre com esse transtorno.

Segundo o DSM-IV (APA, 1994), a fobia social caracteriza-se por um temor acentuado e persistente a situações sociais ou de desempenho em que a pessoa se sente exposta a desconhecidos, ou a um possível escrutínio ou avaliação dos outros, por medo de resultar em embaraços. Entre os medos que se manifestam estão os de parecer ridículo ou tolo, de ser o centro das atenções, de cometer erros e de não saber o que se espera dela.

Na maioria das vezes, há evitação das situações ou desempenho em público; quando não há a evitação, a exposição a esses estímulos produz uma resposta imediata de ansiedade (que pode assumir a forma de um ataque de pânico situacional ou ser manifestada através de rubor facial, tremor e sudorese), mesmo a pessoa tendo consciência que esse medo é excessivo ou irracional.

Os fóbicos sociais podem estar incluídos em um subtipo generalizado (medo da maioria das situações de interação social e desempenho, como iniciar e manter conversações, falar com pessoas de autoridade, participar de festas, interagir com pessoas do sexo oposto) e em um subtipo mais circunscrito (medo de uma situação pública de desempenho e de algumas situações de interação social, como por exemplo, comer ou assinar na frente de outras pessoas).

Múltiplos são os possíveis fatores relacionados à etiologia da fobia social. Diversos autores têm sugerido fatores predisponentes ou etiológicos possíveis, com base em estudos empíricos, tais como: inibição comportamental em bebês e crianças pequenas, baixos escores de extroversão, neuroticismo, timidez na infância, experiências traumáticas condicionadoras, pais com transtorno evitativo de personalidade, familiares com transtornos de ansiedade, com taxa de herdabilidade estimada em 30% (Marshall, 1994; Rapaport, Paniccia, Judd, 1995; Greist, 1995; Juster & Heimberg, 1995; Stember et al., 1995, citados por Picon & Knijnik, 2004, p. 226).

Estudos epidemiológicos populacionais sugerem que o transtorno é mais freqüente em mulheres (1,5:1), em indivíduos de baixo poder aquisitivo, com início precoce e curso crônico, com 50% dos casos iniciando na adolescência e 50% em torno dos 20 anos de idade. O pico de incidência é aos 15 anos. A prevalência para toda a vida dos quadros de fobia social restrita e generalizada tem sido estimada por estudos populacionais americanos entre 2,4 e 13,3% (Regier et. al., 1988; Kesler et. al., 1994, 1999; Lecrubier e Weiller, 1997, citados por Picon & Knijnik, 2004, p. 227).

Esses números podem não representar a parcela real da população que sofre com esse transtorno, já que muitos indivíduos não procuram tratamento ou buscam tratamento por causa de outros transtornos de ansiedade e transtornos do humor em co-morbidade com a fobia social. Isso pode fazer com que os pacientes recebam tratamento para a ansiedade ou a depressão, mas não para a ansiedade social (Treviño et. al., 1999, citados por Falcone & Figueira, 2001, p.185).

Pesquisas apontam que a fobia simples é a que apresenta maior co-morbidade entre os transtornos de ansiedade (37,6%), seguida de agorafobia (23,3%). Os transtornos do humor (41,4%) e o abuso de substâncias (39,6%) também se superpõem fortemente à fobia social (Treviño et. al., 1999, citados por Falcone & Figueira, 2001, p.185).

Helbert, Hope e Bellack (1992, citados por Ito, Roso, Tiwari, Kandall & Asbahr, 2008) enfatizam a importância de fazer o diagnóstico diferencial com o transtorno evitativo de personalidade, um padrão duradouro de esquiva do contato interpessoal, que é considerado por alguns autores como a forma mais grave da fobia social, com maior tempo de doença e de número e variedade de situações sociais temidas. Barlow (1988, citado por Falcone & Figueira, 2001) propõe a existência de um *continuum* de gravidade da ansiedade social envolvendo fobia social circunscrita, generalizada e transtorno evitativo de personalidade.

Como os ataques de pânico podem estar presentes na fobia social, outro diagnóstico diferencial importante é com o transtorno do pânico. Enquanto no transtorno de pânico o temor maior está relacionado a um problema físico, como ter um enfarte, derrame ou perder o controle e enlouquecer, na fobia social é o medo de ruborizar, tremer, suar e de ser avaliado negativamente pelas pessoas que estão presentes.

Dessa forma, o diagnóstico correto e precoce certamente pode prevenir a piora e a deterioração do quadro, com melhora na situação ocupacional do paciente, na qualidade de vida e nas co-morbidades (Magee et al., 1996, citados por Picon & Knijnik, 2004). Outros fatores que influenciam no prognóstico são o início precoce do transtorno, a demora em procurar atendimento, a presença de quadros co-mórbidos e o subtipo generalizado, o qual é menos responsivo ao tratamento e demanda uma abordagem terapêutica efetiva de maior duração e, por vezes, associadas (Ballenger et. al., 1998, citados por Picon & Knijnik, 2004).

O padrão comportamental dos indivíduos com fobia social caracteriza-se por um medo típico e um desejo de evitar as situações sociais nas quais tenham que se expor, pois o temor central na fobia social é o de ser o foco das atenções, de expor suas fraquezas e, em consequência disto, ter seu desempenho avaliado negativamente. Tal comportamento tem como propriedade a estratégia de enfrentamento associada à evitação e a auto-percepção de perigo que requer auto-proteção (Stravynski, Bond, e Amado, 2004, citados por Burato, Crippa & Loureiro, 2009, p. 168).

O modelo cognitivo da fobia social pode ser analisado a partir da proposta de Clark e Wells (1997, citados em Falcone & Figueira, 2001, p. 189), os quais listam que os processos que impedem os fóbicos sociais de desconfirmar suas crenças negativas sobre as ameaças sociais são: a atenção autofocada e a construção de uma impressão de si mesmo como um objeto social; a influência dos comportamentos de segurança na manutenção das crenças negativas e da ansiedade; o efeito dos comportamentos do fóbico social sobre o comportamento das outras pessoas e; os processamentos antecipatórios e pós-evento.

Diante desse quadro incapacitante, faz-se necessário uma abordagem de tratamento que auxilie as pessoas a avaliar os seus medos irracionais e a acabar com os comportamentos de evitação. Dos tratamentos psicológicos, atualmente, a terapia cognitivo-comportamental é a que vem recebendo maior atenção dos pesquisadores e clínicos no tratamento da fobia social, pois esta forma de psicoterapia mostrou-se eficaz e com efeitos terapêuticos duradouros (Lincon *et al.* 2003; Otto, 1999; Dyck; 1996; Butler *et. al.*, 1984, citados por D'El Rey & Pacini, 2005, p.232).

Outras formas de terapias psicológicas foram testadas, porém, nenhuma delas alcançou os resultados que a terapia cognitivo-comportamental alcançou na remissão do quadro fóbico social (Heimberg, 2001, citado por D'El Rey & Pacini, 2005, p.232). Assim, esse artigo tem como objetivo revisar, nas principais bases de dados da psicologia e da psiquiatria, artigos com ensaios clínicos que tragam resultados sobre as técnicas mais utilizadas, assim como os efeitos da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da fobia social.

MÉTODO

Os artigos foram identificados através da busca nas seguintes bases de dados: *Scielo*, *Lilacs*, *Medline*, *Pubmed*, *Web of Science* e *Psycinfo*. Utilizou-se a combinação das seguintes expressões: (social phobia OR social anxiety disorder OR social anxiety) AND (treatment OR cognitive-behavioral therapy OR CBT). Adotaram-se como critérios de inclusão dos artigos: (a) idioma – português, inglês e espanhol; (b) ensaios clínicos controlados e randomizados, estudos-piloto e estudos de caso especificamente sobre as técnicas e/ou os efeitos da TCC na fobia social. (c) período de publicação entre 2005 e 2010. Utilizaram-se como critérios de exclusão estudos: (a) relativos à revisão; (b) com outros transtornos psiquiátricos; (c) sobre abordagem farmacológica.

A busca foi realizada nos meses de janeiro a abril de 2011, por artigos no período de janeiro de 2005 a janeiro de 2010. Inicialmente foram achados 942 artigos; destes foram selecionados 41 que falavam especificamente sobre o tratamento cognitivo-comportamental da fobia social. Por fim, através dos artigos selecionados, e com base nos critérios de inclusão e exclusão, 17 artigos foram escolhidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 mostra os artigos selecionados, descrevendo o método e amostra, técnicas utilizadas e resultados apresentados.

Tabela 1 – Achados da Revisão Sistemática (2005-2010)

Autor/País do Origem/Ano	Método	Técnicas	Resultados
Baer & Garland (Canadá, 2005)	Ensaio Clínico 12 adolescentes, 6 designados para o tratamento de 12 semanas com duração de 1,5h a sessão, e 6 para a lista de espera, tratados subseqüentemente.	Baseado no manual de tratamento SET-C (Beidel et al., 2004): grupo de treinamento de habilidades sociais, exposição individual e sessões de generalização.	Comparado com o grupo de espera, os indivíduos tratados apresentaram melhora significativamente nos sintomas.
D'el Rey & Pacini (Brasil, 2005)	Relato de caso Mulher de 26 anos com diagnóstico de fobia social circunscrita (medo severo de assinar seu nome em público), tratada por oito semanas.	Exposição e reestruturação cognitiva.	A melhora rápida nas avaliações sugere que a exposição ao vivo e a reestruturação cognitiva são eficazes no tratamento do medo de escrever em público.
Mörtberg, Berglund & Sundin (Suécia, 2005)	Ensaio Clínico 27 pacientes Tratamento de 41 horas, mais 2 períodos de 3,5 e 4,5 dias e uma semana de intervalo.	Psicoeducação, reestruturação cognitiva, relaxamento, tarefas de casa e exposição gravada por fitas de vídeo.	Redução do medo e da evitação de interação social e de desempenho, da ansiedade antecipatória e da influência dos sintomas na vida cotidiana.
Choi & Park (Coreia, 2006)	Ensaio clínico 50 pacientes, divididos em grupos, atendidos por 10 sessões semanais, de 2 horas cada.	Protocolo desenvolvido por Heimberg (1995): psicoeducação, reestruturação cognitiva e exposição imaginária e ao vivo.	Apenas a psicoeducação apresentou uma diferença significativa entre os dois grupos. O componente mais útil foi a reestruturação cognitiva.
D'El Rey, Beidel & Pacini (Brasil, 2006)	Ensaio clínico 17 pacientes: 8 tratados apenas com o treinamento de habilidades sociais (THS) e 9 tratadas com THS associada à reestruturação cognitiva, ambas por 8 sessões semanais de 2 horas e 30 minutos.	Habilidades sociais e reestruturação cognitiva.	Tanto o tratamento do treinamento de habilidades sociais isoladamente (THS) como o da combinação de treinamento de habilidades sociais e reestruturação cognitiva (THS-RC) foram efetivos.
Hofmann, Schulz, Meuret, Moscovitch & Suvak (EUA, 2006)	Ensaio clínico 107 participantes, atendidos, pelo menos, em 8 de 12 sessões semanais.	Baseado no protocolo de tratamento de Heimberg (2001) e Terapia de Grupo de Exposição (sem intervenções cognitivas).	Apesar da TCC ser associada com mais mudanças cognitivas do que somente a terapia de exposição, as mudanças



			cognitivas não foram precedidas de ganhos repentinos.
Mörtberg, Karlsson, Fyring&Sundin (Suécia, 2006)	Ensaio Clínico 26 pacientes, distribuídos aleatoriamente em dois grupos: um de tratamento e outro da lista de espera, tratados durante um período de 3 semanas (41h) e sessões de reforço fornecidas aos 3, 6 e 12 meses.	Psicoeducação, reestruturação cognitiva, relaxamento, tarefas de casa e exposição gravada por fitas de vídeo.	Os efeitos significativos do tratamento foram encontrados na maioria das medidas de fobia social, indicando diminuição dos níveis de ansiedade social e de evitação, segurança, comportamentos e sintomas que influenciam na vida cotidiana.
Carlbring <i>et al.</i> (Inglaterra, 2007)	Ensaio clínico 57 pacientes, divididos em dois grupos: 29 no grupo de tratamento (9 semanas na internet, mais 9 ligações telefônicas curtas) e 28 no grupo da lista de espera.	Exposição, feedback e tarefas de casa.	Comparado ao grupo controle, o tratamento dos pacientes proporcionou grandes reduções em medidas gerais de ansiedade social, evitação e depressão. Um ano mais tarde, todas as melhoras foram mantidas.
Chen <i>et al.</i> (Japão, 2007)	Ensaio clínico 57 pacientes, tratados em 15 sessões, de 2 horas cada.	Psicoeducação, vídeo-feedback, automonitoramento, exposição, reestruturação cognitiva.	A TCC em grupo é aceitável e pode trazer um grau semelhante de redução dos sintomas em pacientes japoneses com a Fobia Social, como entre os pacientes ocidentais.
D'el Rey, Greeberg, Husni & Cejkinski (Brasil, 2007)	Ensaio clínico 29 pacientes, sendo 15 acompanhados pela TCC de Grupo em 12 sessões semanais de 90 minutos cada e 14 no Grupo Controle Placebo com Credibilidade.	Baseado no modelo de protocolo desenvolvido por Heimberg (1995): integração de técnicas de exposição e reestruturação cognitiva.	Ao final de 12 semanas, os pacientes que receberam TCC de grupo apresentaram melhoras superiores aos do grupo de controle placebo com credibilidade (CPC).
McEvoy (Austrália, 2007)	Ensaio clínico 153 pacientes, atendidos por sete sessões, de 4 horas cada.	Baseado no modelo de tratamento proposto por Clark & Wells (1995)	A TCCG para a fobia social é eficaz dentro de clínicas de saúde mental comunitária.
Mörtberg, Clark, Sundin & Wistedt (Suécia, 2007)	Ensaio clínico 100 pacientes, distribuídos em três grupos: TCCG intensiva (16 sessões distribuídas em 3 semanas); TCC individual (16 sessões semanais de 4 meses) e tratamento usual (medicação e assistência psiquiátrica, durante um ano).	Exposição e reestruturação cognitiva.	Melhoras significativas foram observadas em todos os tratamentos, mas a TCC individual foi superior à TCC em grupo e o tratamento usual (farmacologia), que não diferiram em eficácia global.
Antona & García-López (México, 2008)	Ensaio clínico 85 pessoas, distribuídas aleatoriamente em 3 grupos, sendo que em cada um era aplicada um modalidade	Baseado no modelo de protocolo desenvolvido por Heimberg (1990): Treino em Habilidades Sociais, Respiração	Os resultados indicam um benefício global tanto na remissão da sintomatologia psicopatológica

	experimental, acompanhados em 10 sessões de 2 horas, cada.	Diafragmática, Tarefas de Casa, e, principalmente, Exposição e reestruturação cognitiva.	associada à fobia social, como no aumento da autoestima e assertividade, não existindo diferenças significativas entre as modalidades de tratamento contempladas.
D'el Rey, Lacava, Cejkinski & Mello (Brasil, 2008).	Ensaio Clínico 31 pacientes: 15 acompanhados pela TCCG em 12 sessões semanais de 120 minutos cada e 16 na lista de espera.	Baseado no modelo de protocolo desenvolvido por Heimberg (1995): integração de técnicas de exposição e reestruturação cognitiva.	Ao final de 12 semanas, os pacientes que receberam TCC de grupo apresentaram melhoras superiores aos da Lista de Espera.
Berger, Hohl, & Caspar (Suíça, 2009)	Ensaio clínico 52 pacientes aleatoriamente distribuídos em um grupo de tratamento, tratados por 6 sessões e um grupo de lista de espera.	O guia de auto-ajuda é baseado no protocolo de TCC de Clark e Wells (1995), adaptado à Internet: psicoeducação, reestruturação cognitiva, exposição.	Diferenças significativas entre os dois grupos foram encontradas no pós-tratamento, demonstrando que a intervenção pela internet com o mínimo de contato com o terapeuta é uma abordagem promissora de tratamento.
Priyamvada, Kumari, Prakash & Chaudhury (Índia, 2009)	Relato de caso Homem de 27 anos, acompanhado por 17 sessões, com duração entre 1 hora e 1 hora e meia, cada.	Psicoeducação, relaxamento muscular progressivo de Jacobson, dessensibilização sistemática, exposição e reestruturação cognitiva.	A melhora do paciente foi significativa. O paciente ficou sob acompanhamento por um período de seis meses e recuperou o nível pré-mórbido de funcionamento.
Aydin, Tekinsav Sütçü & Sorias (Turquia, 2010).	Ensaio clínico 44 estudantes: 24 no grupo de tratamento, atendidos por 10 sessões, de 90 minutos cada, e 20 no grupo controle.	Treino em relaxamento, incluindo componentes de reestruturação cognitiva e de exposição.	Os adolescentes no grupo de tratamento apresentaram uma redução significativa da ansiedade social e respectivas distorções cognitivas.

Com relação às técnicas empregadas, observou-se uma similaridade entre os estudos. As técnicas utilizadas foram: psicoeducação, respiração diafragmática, relaxamento, treino em habilidades sociais, tarefas de casa, reestruturação cognitiva e exposição. Damos ênfase às duas últimas, que foram as mais utilizadas. As técnicas de exposição envolviam o enfrentamento das situações anteriormente evitadas de forma gradual, até ocorrer a habituação. A reestruturação cognitiva auxiliou na modificação dos pensamentos automáticos negativos, o que melhorou a estima do paciente e mudou sua auto-percepção e a maneira de pensar sobre o mundo e a si mesmo.

Apresentamos destaque ao artigo de Antona e García-López (2008) que realça a diferença entre três modalidades de combinação dessas duas técnicas: 1) Exposição e reestruturação

cognitiva empregadas em conjunto; 2) Exposição seguida de reestruturação cognitiva e; 3) Reestruturação cognitiva seguida de exposição. Os resultados mostraram não haver diferenças entre essas três modalidades e demonstraram a eficácia da exposição e da reestruturação cognitiva tanto aplicadas separadamente como em função de suas distintas combinações, não só nos construtos específicos da fobia social, como na redução dos sintomas psicopatológicos associados à mesma (fundamentalmente sintomas depressivos), na interferência que as respostas de ansiedade social ocasionam na vida dos pacientes (melhorando sua vida social e familiar, tempo livre e adaptação global) e no aumento da autoestima e da assertividade. A ressalva foi apenas existir diferenças significativas entre os tratamentos quanto a taxa de abandono, sendo a modalidade exposição seguida de reestruturação a de menor taxa.

Choi e Park (2006) também exploraram a comparação entre técnicas – psicoeducação, reestruturação cognitiva, exposição imaginária e exposição ao vivo. No referido estudo, os pacientes foram divididos em dois grupos de tratamento. Dentre as quatro técnicas, apenas a psicoeducação apresentou uma diferença significativa entre os dois grupos. A técnica mais útil para os grupos foi a reestruturação cognitiva, mostrando que o desenvolvimento do pensamento racional e alternativo foi essencial no tratamento da fobia social.

Quanto ao tempo, a média de duração de tratamento foi entre 8 e 12 semanas. Foram encontrados três artigos que tinham o objetivo de examinar a efetividade e viabilidade de um formato de tratamento intensivo de TCC de grupo para a fobia social. O primeiro foi um estudo-piloto não controlado (Mörtberg, Berglund & Sudin, 2005) de um programa de tratamento de tempo concentrado de 41 horas em um período de 3 semanas. O segundo foi um estudo randomizado controlado (Mörtberg, Karlsson, Fyring & Sundin, 2006) e seguiu o mesmo padrão de tratamento do primeiro. Já o último estudo (Mörtberg, Clark, Sundin & Wistedt, 2007) comparou o tratamento intensivo proposto nos estudos anteriores com a TCC individual e o tratamento usual (psicofármacos) da fobia social. Apesar de ainda ser cedo para avaliar os efeitos do tratamento completo da TCC intensiva, considerando que os pacientes precisam de tempo para a prática no cotidiano para manter e melhorar os ganhos do tratamento, o padrão geral dos resultados sugere que o esse modelo é eficaz para tratar a fobia social e pode ser um adicional nas clínicas psiquiátricas comunitárias.

Pudemos ver, através dos artigos encontrados, que a maioria dos estudos de TCC para a fobia social foi desenvolvida, sobretudo, nas culturas ocidentais, como Europa e América do Norte, assim como os protocolos de tratamento elaborados, normalmente limitados pela conceituação ocidental de ansiedade. Dessa forma, quando um programa de tratamento para a fobia social é introduzido no oriente, traduções e modificações são necessárias para torná-lo adequado à cultura oriental. Um artigo que nos chamou bastante atenção foi de um estudo produzido no Japão (Chen *et al.*, 2007), verificando a eficácia do protocolo feito para os padrões americanos e ocidentais (Clatck & Wells, 1995) no oriente. Os resultados indicaram que,

independente do contexto cultural, a TCC em grupo é aceitável e pode trazer um grau semelhante de redução dos sintomas em pacientes japoneses com a fobia social, como nos pacientes ocidentais. O estudo demonstrou que um programa de TCC para a fobia social, originalmente desenvolvido nos países ocidentais, é viável e eficaz em ambientes clínicos japoneses/orientais. O programa de grupo de TCC foi capaz de reduzir a maioria dos sintomas (medidas de 20 a 30%), valores comparáveis aos relatados em ambientes ocidentais (33-35%). Vemos, assim, que o protocolo de tratamento foi eficaz também com os pacientes do oriente, demonstrando que as técnicas utilizadas aqui podem ser transportadas para lá.

Algumas pesquisas inovadoras e promissoras estão sendo desenvolvidas com novas abordagens de tratamento para a fobia social. Sabemos que muitos pacientes fóbicos sociais não procuram ajuda por causa do medo do embaraço associado a procurar ajuda e da exposição frente ao terapeuta. Muitos estudos que estão surgindo na atualidade são sobre o tratamento cognitivo-comportamental através da internet, que pode ser um recurso valioso e facilitar bastante o início do tratamento e a confiança do paciente (Carlbring *et al.*, 2007).

O estudo de Berger, Hohl e Caspar (2009) também trouxe essa nova modalidade de tratamento, com o adicional de oferecer a possibilidade das pessoas do grupo da internet compartilharem anonimamente as suas experiências durante as sessões, como as situações temidas, as distorções cognitivas ou os experimentos comportamentais realizados. Estes elementos de colaboração foram uma vantagem da Internet, e podem ser uma maneira promissora de colocar em jogo alguns dos fatores terapêuticos típicos de terapias de grupo dentro de uma configuração individual.

De acordo com os artigos, pudemos observar que esse novo modelo de tratamento se mostrou eficaz. Os resultados mostraram que, comparado ao grupo controle, o tratamento dos pacientes proporcionou grandes reduções em medidas gerais de ansiedade social, evitação e depressão. Os estudos fornecem evidência para apoiar o uso de tratamento guiado pela Internet, complementada pelo suporte do terapeuta via telefone ou email, corroborando a hipótese de que a intervenção via internet com o mínimo de contato com o terapeuta é uma abordagem promissora para o tratamento da fobia social.

Importantes estudos a serem realizados são com crianças e adolescentes, pois, enquanto os sintomas da fobia social podem ser observados no final da infância e no começo da adolescência, o tratamento pode ser iniciado somente na idade adulta. Dois artigos sobre esse assunto foram selecionados (Baer & Garland, 2005; Aydin, Tekinsav & Sorias, 2010) os quais comparavam grupo de tratamento com grupo controle. Ambos os estudos confirmaram que a TCC em grupo para adolescentes com fobia social é um tratamento efetivo, mostrando significativas melhoras nos sintomas fisiológicos da ansiedade e nos comportamentos de evitação, assim como na diminuição das distorções cognitivas.

O estudo-piloto de Baer e Garland (2005), ainda, avaliava a eficácia de um programa cognitivo-comportamental em grupo de terapia para adolescentes com fobia social, simplificado tanto em termos de tempo e intensidade de trabalho, a partir de um programa previamente estudado (Manual SET-C, Beidel *et al.*, 2004) a ser mais apropriado para um ambulatório psiquiátrico. O acesso ao tratamento na comunidade é frequentemente limitado. Uma versão simplificada do protocolo de pesquisa utilizado, tempo e mão de obra intensiva pode ser uma opção de tratamento eficaz e prática para a fobia social.

O estudo de McEvoy (2007) também se refere à questão dos ambientes comunitários, trazendo uma comparação entre sete outros estudos sobre o tratamento cognitivo-comportamental da fobia social para investigar a transportabilidade desse tratamento para clínicas comunitárias de saúde mental, onde os pacientes são geralmente encaminhados por médicos, possuem uma alta taxa de co-morbidades e os programas de tratamento são menos controlados do que os de eficácia realizados. Pôde-se observar que a TCC de grupo foi eficaz em um ambiente comunitário de saúde mental através das comparações favoráveis entre os estudos de eficácia anteriormente realizados.

Dois relatos de caso foram encontrados. Os estudos mostravam pacientes que sofriam prejuízos em suas vidas sociais, com um caso de fobia social generalizada (Priyamvada, Kumari, Prakash & Chaudhury, 2009) e outro de fobia social circunscrita – medo de escrever em público (D'El Rey & Pacini, 2005). Ambos os estudos utilizaram as técnicas de exposição ao vivo e reestruturação cognitiva para o tratamento dos pacientes. A psicoeducação também foi utilizada e provou ser muito útil para o paciente entender a dinâmica do seu problema, assim como permitir os pacientes a proceder na direção positiva com a ajuda do suporte emocional. Nos dois casos, o nível de ansiedade e sintomas da fobia social diminuíram bastante. Os pacientes já eram capazes de reestruturar os pensamentos distorcidos, controlar o nível de ansiedade e retomar a rotina diária.

Todos os artigos selecionados (exceto os relatos de caso) enfatizam o tratamento da fobia social pela Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo. Os estudos mostraram que o simples fato de fazer parte dos grupos de tratamento pode criar alguns benefícios nos participantes porque eles sentir-se-iam parte de um grupo com características semelhantes às deles (aspecto que os permitiriam relativizar os seus medos e se sentir mais apoiados e envolvidos em atividades sociais fora do seu âmbito cotidiano).

Os estudos de D'El Rey, Lacava, Cejkincki e Mello (2008) e D'El Rey, Greenberg, Husni e Cejkincki (2007) comparam a TCC em grupo com outro grupo controle e corrobora a afirmação de que o tratamento em grupo para a fobia social é eficaz, pois os grupos que receberam o tratamento apresentaram melhoras superiores aos grupos controles.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos artigos encontrados, pudemos observar que existem evidências de efetividade e eficácia da TCC no tratamento da fobia social. As técnicas utilizadas, especialmente a exposição combinada com a reestruturação cognitiva, teriam efeitos semelhantes. Em todos os estudos, o tratamento da fobia social através da terapia cognitivo-comportamental produziu efeitos terapêuticos superiores a listas de espera. Observamos que não houve nenhuma remissão espontânea dos sintomas nos grupos de espera quando comparados aos grupos de tratamento, afirmando que a fobia social é uma condição crônica, e, se não tratada, poderá agravar o quadro, provocando prejuízos cada vez maiores na vida do paciente. Estudos de seguimento (*follow-up*) demonstraram ganhos terapêuticos mantidos ou superiores aos resultados no pós-alta imediato.

A abordagem em grupo da terapia cognitivo-comportamental para a fobia social foi bastante utilizada e vem ganhando destaque dos pesquisadores, pois além das eficazes técnicas cognitivas e comportamentais da própria terapia, o fator grupo vem a contribuir em muito com os pacientes com fobia social, pois desta maneira diminui o isolamento destes pacientes e age como uma forma de exposição.

Os estudos também confirmam a eficácia da TCC no tratamento da fobia social em adolescentes. Em se tratando de um transtorno que pode iniciar no final da infância e no início da adolescência, a identificação de crianças com alto risco para o desenvolvimento da fobia social, gera a possibilidade de prevenção ao longo dessa idade, podendo reduzir o sofrimento causado pela doença.

Novas abordagens de tratamento estão surgindo que podem facilitar o acesso de mais pessoas ao tratamento, como os programas intensivos breves, que têm a capacidade de serem utilizados nas comunidades psiquiátricas, onde, muitas vezes, não é possível fazer um acompanhamento prolongado com os pacientes; e o atendimento pela internet, que auxilia o fóbico social que tem dificuldade em se expor diante do terapeuta. Nesse ponto, apesar dos estudos mostrarem resultados favoráveis, devemos levantar um questionamento: a internet pode ser um falso facilitador no tratamento cognitivo-comportamental da fobia social? Ela de fato auxilia ou mascara ainda mais o medo da exposição social? Também, preferências do paciente, e

do terapeuta, eficácia e custo serão importantes a considerar no futuro para a divulgação dessa abordagem de tratamento.

Notamos que no Brasil ainda há poucos estudos clínicos sobre o tratamento cognitivo-comportamental da fobia social. Verificamos, então, a importância de serem feitos mais estudos para contribuir com mais conhecimento e trazer uma melhor qualidade de vida as pessoas que sofrem com fobia social na nossa população.

REFERÊNCIAS

Antona, C. J. & García-López, L. J. (2008). Repercusión de la exposición y reestructuración cognitiva sobre la fobia social. *Rev. latinoam. psicol.* 40(2), 281-292.

APA, American Psychiatry Association. *Diagnostic and statistical of mental disorders*.(DSM-IV).4 ed. Washington, 1994.

Aydin, A., Tekinsav-Sütçü, S. & Sorias, O. (2010). Evaluation of the Effectiveness of a Cognitive-Behavioral Therapy Program for Alleviating the Symptoms of Social Anxiety in Adolescents. *Turk Psikiyatri Derg.* 21(1), 25-36.

Baer, S. & Garland, J. (2005). Pilot Study of Community-Based Cognitive Behavioral Group Therapy for Adolescents With Social Phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 44(3), 258-64.

Berger, T., Hohl, E. & Caspar, F. (2009). Internet-Based Treatment for Social Phobia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Psychology.* 65(10), 1021-1035.

Burato, K. R. S., Crippa, J. A. S. & Loureiro, S. R. (2009). Transtorno de ansiedade social e comportamentos de evitação e de segurança: uma revisão sistemática. *Estudos de Psicologia.* 14(2), 167-174.

Carlbring, P., Gunnarsdóttir, M., Hedensjö, L., Andersson, G., Ekselius, L. & Furmark, T. (2007). Treatment of social phobia: randomised trial of internet-delivered cognitive-behavioural therapy with telephone support. *The British Journal of Psychiatry*. 190: 123-128.

Chen, J., Nakano, Y., Ietzugu, T., Ogawa, S., Funayama, T., Watanabe, N., Noda, Y. & Furukawa, TA. (2007). Group cognitive behavior therapy for Japanese patients with social anxiety disorder: preliminary outcomes and their predictors. *BMC Psychiatry*. 7:69.

Choi YH & Park KH. (2006). Therapeutic factors of cognitive behavioral group treatment for social phobia. *J Korean Med Sci*. 21(2), 333-336.

D'El Rey, G. J. F., Beidel, D. C., Pacini, C. A. (2006). Tratamento da fobia social generalizada: comparação entre técnicas. *Rev. bras. ter. comport. Cogn.* 8(1), 1-12.

D'El Rey, G. J. F., Greeberg, P. N., Husni, M. A., Cejkinski, A. (2007). Terapia cognitivo-comportamental de grupo no tratamento da fobia social generalizada. *Psicol. Argum.* 25(50), 303-309.

D'El Rey, G. J. F., Lacava, J. P. L., Cejkinski, A., e Mello, S. L. (2008). Tratamento cognitivo-comportamental de grupo na fobia social: resultados de 12 semanas. *Rev. psiquiatr. clín.* 35(2), 79-83.

D'El Rey, G. J. F. & Pacini, C.A. (2005). Tratamento da fobia social circunscrita por exposição ao vivo e reestruturação cognitiva. *Rev. Psiq. Clín.* 32(4), 231-235.

Falcone, E. & Figueira, I. (2001). Transtorno de ansiedade social. In Rangé, B. (Org.). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais*. Porto Alegre: Artmed.

Hofmann, S. G., Schulz, S. M., Meuret, A. E., Moscovitch, D. A. & Suvak, M. (2006). Sudden Gains During Therapy of Social Phobia. *J Consult Clin Psychol.* 74(4), 687-697.

Ito, L. M., Roso, M. C., Tiwari, S., Kendall, P. C. & Asbahr, F. R. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. *Rev Bras Psiquiatr.* 30(2), 96-101.

McEvoy, P. M. (2007). Effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social phobia in a community clinic: A benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy.* 45. 3030–3040.

Mörtberg, E., Berglund, G. & Östj, S. (2005). Intensive cognitive-behavioural group treatment for social phobia: a pilot study. *Cognitive Behavioural Therapy.* 34(1), 41-49.

Mörtberg E., Clark D. M., Sundin O. & Aberg-Wistedt A. (2007). Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand.* 115(2):142-154.

Mörtberg, E., Karlsson, A., Fyring, C. & Sundin, O. (2006). Intensive cognitive-behavioral group treatment (CBGT) of social phobia: a randomized controlled study. *J Anxiety Disord.* 20(5), 646-60.

Picon, P. & Knijnik, D. Z. (2004). Fobia Social. In Knapp, P. (Org.). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.

Priyamvada, R., Kumari, S., Prakash, J. & Chaudhury, S. (2009). Cognitive behavioral therapy in the treatment of social phobia. *Ind Psychiatry J.* 18(1): 60–63.