

Este documento foi produzido para o Gabinete de Apoio ao Estudante com Deficiência da Universidade do Minho

Organização da paginação: topo

As notas de rodapé encontram-se no final do documento organizadas por capítulo

Ansiedade Social: *Da Timidez à Fobia Social*. Gouveia, José Pinto. Coimbra: Quarteto Editora. Livro completo

Orelha da contra-capa

José Pinto Gouveia, nasceu em Peso da Régua em 1945. Licenciado em Medicina pela Universidade de Coimbra, é Chefe de Serviço de Psiquiatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra, sendo neste hospital responsável pelas consultas de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e de Distúrbios Alimentares do Serviço de Psiquiatria.

Obteve o doutoramento em Psicologia Clínica na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra em 1990 com uma dissertação sobre Factores Cognitivos de Vulnerabilidade para a Depressão. É Professor da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra onde lecciona Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Psicopatologia, sendo membro fundador e presidente do conselho de gestão do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (NEICC), e Professor no Instituto Superior Miguel Torga. As suas áreas de interesse são a investigação e tratamento dos distúrbios emocionais, distúrbios alimentares e alcoolismo. É sócio fundador da “Associação Portuguesa de Terapia do Comportamento”, da “Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica” e de “Associação de Língua Portuguesa para o Estudo do Stress Traumático”.

Peretence ao conselho editorial de várias revistas de psicologia clínica e psiquiatria nacionais e é membro do Editorial Advisory Board da Behavioural and Cognitive Psychotherapy, tendo numerosos artigos científicos publicados em revistas nacionais e estrangeiras.

[2]

Título

Ansiedade Social:

Da Timidez à Fobia Social

Autor

José Pinto Gouveia

Colecção

Saúde & Sociedade 3

Capa

Víctor Hugo

Edição

Quarteto Editora
Apartado 2068
3001-653 Coimbra

Execução Gráfica

G.C. - Gráfica de Coimbra, Lda.

ISBN: 972-8535-24-4

Depósito Legal: 150086/00

Reservados todos os direitos
de acordo com a legislação em vigor

[3]

**Ansiedade Social:
Da Timidez à Fobia Social**

José Pinto Gouveia

[4] em branco

[5]

Índice

Prefácio

Adriano Vaz Serra 7

Introdução 11

I Parte

Conceito, Epidemiologia, Fenomenologia Clínica e Comorbilidade

Capítulo 1 - Conceito, Critérios de Diagnóstico e Epidemiologia

José Pinto Gouveia 17

Capítulo 2 - Apresentação clínica

José Pinto Gouveia 43

Capítulo 3 - Comorbilidade e Diagnóstico Diferencial

José Pinto Gouveia 75

II Parte

Investigação e Modelos Teóricos

Capítulo 4 - Etiologia e Factores Desenvolvimentais

José Pinto Gouveia 95

Capítulo 5 - Modelos Comportamentais e Cognitivos

José Pinto Gouveia 119

Capítulo 6 - Modelos Evolucionários da Ansiedade Social

José Pinto Gouveia 151

[6] **Índice**

III Parte

Avaliação e Tratamento

Capítulo 7 - Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

Marina Cunha 181

Capítulo 8 - Um Protocolo para a Avaliação Clínica da Fobia Social através de Questionários de Auto-resposta

José Pinto Gouveia, Marina Cunha e Maria do Céu Salvador 237

Capítulo 9 - Avaliação do Processamento de Informação na Fobia Social

Mana do Céu Salvador 259

Capítulo 10 - Tratamento Cognitivo-Comportamental da Fobia Social

José Pinto Gouveia, Maria do Céu Salvador 289

Capítulo 11 - Tratamento Farmacológico da Fobia Social

José Pinto Gouveia...321

Capítulo 12 - Fobia Social na Infância e Adolescência: diagnóstico, avaliação e tratamento

Marina Cunha e Maria do Céu Salvador 359

[7]

Prefácio

O medo é uma emoção simples que pode estar ligada a qualquer situação específica. Esta emoção não deve ser considerada de forma depreciativa, pois pode ajudar a defender o indivíduo de ocorrências perigosas. É útil, por exemplo, alguém ter medo de atravessar uma rua com muito trânsito e observar primeiro se passam carros, pois esta atitude pode evitar que seja atropelado. Neste sentido podemos referir que o medo é uma emoção adaptativa.

Contudo, há situações, em que o medo deixa de ser adaptativo. É o que acontece no caso das fobias. Estas caracterizam-se pelo facto de um indivíduo demonstrar um medo circunscrito a determinada pessoa, objecto ou circunstância, que a maioria dos outros seres humanos usualmente não manifesta e que se torna ilógico. Numa fobia autêntica o medo torna-se desorganizador da vida de uma pessoa e, embora seja considerado (pelos outros e pelo próprio) como ilógico, tem a particularidade de não poder ser apaziguado pelo simples raciocínio. Há indivíduos, por exemplo, que têm medo de atravessar pontes. Ao considerarem o facto à distância, acham que reagem de uma forma disparatada. No entanto, ao aproximarem-se da circunstância temida, acabam por reagir exactamente da mesma

maneira: enchem-se de "suores frios", sentem o coração a bater de uma forma acelerada, ficam cheios de pensamentos temerosos e têm vontade de fugir do sítio onde estão.

O presente livro descreve um tipo particular de quadro clínico, usualmente designado por "Fobia Social". Tem duas particularidades notórias:

[8] Prefácio

passa facilmente despercebido e prejudica gravemente quem dele sofre. Um indivíduo com uma Fobia Social marcada tem tendência a fugir do convívio das outras pessoas; pode sentir grandes dificuldades no desenrolar quotidiano da sua vida, que se repercutem na sua profissão, no relacionamento com pessoas do outro sexo e nos mais variados contextos.

O autor - Professor Pinto Gouveia - é Professor da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, onde é regente da Cadeira de Terapia Cognitivo-Comportamental de adultos. Tem longos anos de prática de ensino em que revela, como docente, que sabe expor de uma forma clara e precisa. Ao longo da sua vida académica tem efectuado investigação em variadas áreas, particularmente naquela que constitui o tema da presente obra. Como médico psiquiatra trabalha na Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, onde desempenha as funções de Chefe de Serviço e é coordenador da Consulta de Psicoterapia Comportamental, oficializada há largos anos neste hospital. É igualmente orientador de estágio na área de Psicologia Clínica. Nas áreas a que se dedica revela-se como um born organizador, com o condão de ser persistente no ultrapassar das dificuldades e de saber rodear-se de uma boa equipa de trabalho.

Neste livro aborda a fobia social nos mais diversos contextos, para que o leitor não só se aperceba da complexidade do tema como igualmente possa encontrar a resposta para dúvidas que eventualmente tenha. Para além da definição do conceito, apresenta descrições de casos clínicos que ajudam a compreender o conteúdo e as dificuldades que humanamente levanta. Refere os aspectos da comorbilidade que se lhe associa, os factores que contribuem para a sua eclosão (em que não descursa abordar a perspectiva biológica) e ainda a sua ocorrência nos diversos períodos etários. Integra a fobia social na explicação dos modelos comportamentais e cognitivos, verdadeiramente importantes na abordagem compreensiva desta situação clínica e igualmente nas estratégias de intervenção terapêutica. Desenvolve largamente os pontos relacionados com a avaliação clínica, em relação aos quais o leitor pode encontrar temas de grande utilidade prática. Nos aspectos relacionados com o tratamento não só ensina a organizar

[9] Prefácio

estratégias psicoterapêuticas como tem também o cuidado de informar de forma pormenorizada aspectos das intervenções psicofarmacológicas mais aconselhadas.

Em síntese: o leitor encontra nesta obra um livro actualizado, com referências bibliográficas profusas, bem desenvolvido, exposto de uma forma clara de que certamente vai gostar.

É útil para todos aqueles que pretendam ter uma informação adequada sobre esta entidade. É uma ferramenta preciosa para a prática clínica. Igualmente tem interesse para

todos aqueles que desejem investigar o tema nas suas diversas facetas e vir a desenvolver trabalhos de natureza científica.

É um livro com valor acrescentado, adequado e recomendado para uma boa biblioteca.

Coimbra, Fevereiro de 2000

Adriano Vaz Serra

[10] Página em branco

[11]

Introdução

O conhecimento e interesse pela fobia social, como um distúrbio ansioso autónomo, sofreu uma mudança radical nos últimos 15 anos. Neste curto espaço de tempo, o estatuto clínico da fobia social alterou-se consideravelmente, passando do distúrbio ansioso negligenciado ao mais frequente e importante distúrbio ansioso.

Esta descoberta da importância da fobia social reflecte-se no elevado número de livros e artigos publicados sobre este tema na literatura internacional da especialidade durante os últimos cinco anos. Em Portugal, o número da revista *Psiquiatria Clínica* inteiramente dedicado à fobia social, que editamos em 1997, rapidamente esgotou, traduzindo o interesse que a fobia social desperta entre psiquiatras, psicólogos e outros técnicos de saúde mental.

Poderão alguns interrogar-se se haverá razões para todo este interesse pela fobia social? Pensamos que sim. Se a sua elevada prevalência e comorbilidade constituem por si mesmas razões óbvias para a sua importância clínica, um outro aspecto que ressalta da investigação é especialmente preocupante em termos de saúde pública: a sua influência profundamente limitadora e incapacitante da vida do indivíduo. A sua idade de início (durante a infância e adolescência) contribui para que as dificuldades que lhe estão associadas tenham frequentemente consequências arrasadoras na vida escolar, no desenvolvimento interpessoal, no trabalho e vida afectiva do fóbito social. Abandono precoce da vida escolar, dependência económica, baixo rendimento

[12] Introdução

e instabilidade no emprego, dificuldades afectivas e baixo suporte social são frequentes nos fóbitos sociais.

No entanto, este crescendo de divulgação dos aspectos epidemiológicos e clínicos da fobia social não originou, ainda, uma mudança substancial na atitude dos agentes de saúde em relação à fobia social. Entre os clínicos gerais e médicos de família continua a ser sub-diagnosticada, muitos psiquiatras e psicólogos desvalorizam a sua importância considerando-a mais como uma característica de personalidade ou temperamento que um quadro clínico autónomo que necessita de tratamento. Também entre o público em geral a fobia social é mal conhecida. No trabalho e no convívio social, os fóbitos sociais são

frequentemente desvalorizados e as suas dificuldades interpretadas como um sinal de falta de motivação para melhorar as suas relações interpessoais ou as suas condições de trabalho. Esta situação torna-se ainda mais dramática se tivermos em conta que a natureza das dificuldades associadas à fobia social contribui para que os próprios fóbicos sociais sofram em silêncio as suas dificuldades e tenham dificuldade em procurar ajuda.

É pois urgente um esforço de divulgação e sensibilização para este incapacitante quadro clínico, não só entre os agentes de saúde mas, também, entre o público em geral. com este livro pretendemos dar um contributo para esse esforço de divulgação em Portugal da fobia social. Embora sendo elaborado com o objectivo principal de poder funcionar como um manual de orientação para os técnicos de saúde mental, que facilite o diagnóstico, compreensão, avaliação e tratamento da fobia social nas suas diversas vertentes, pensamos que poderá ser lido com agrado pelo público em geral interessado em se informar sobre este perturbador quadro clínico.

O livro está organizado em quatro partes e 12 capítulos, tendo contado com a preciosa colaboração de Marina Cunha e Maria do Céu Salvador que escreveram três dos capítulos.

Na Parte I, composta por três capítulos, procura-se introduzir o leitor aos aspectos fundamentais para a compreensão do conceito, importância, diagnóstico, apresentação clínica, comorbidade e diagnóstico diferencial.

Na Parte II, são abordados em três capítulos os conhecimentos

[13] Introdução

actuais sobre factores etiológicos e desenvolvimentais na fobia social, assim como os principais modelos teóricos para a compreensão da ansiedade social. Procuramos reunir modelos explicativos oriundos de diferentes orientações teóricas e que abordam a ansiedade social a partir de perspectivas biológicas, genéticas, psicológicas e evolucionárias.

A Parte III é dedicada à avaliação e tratamento, e os seus capítulos estão organizados de modo a poderem funcionar como um guia clínico prático para a avaliação e tratamento da fobia social. No capítulo 7, Métodos de Avaliação Clínica, Marina Cunha faz uma exaustiva revisão das diferentes estratégias de avaliação clínica na fobia social e dos aspectos práticos da sua utilização, que é complementada no capítulo 8 pela apresentação de alguns instrumentos de auto-resposta, que foram desenvolvidos pelo nosso grupo, para a avaliação clínica da fobia social e já estudados na população portuguesa. Maria do Céu Salvador aborda no capítulo 9 os aspectos de investigação e avaliação do processamento de informação na fobia social. Os capítulos 10 e 11 abordam o tratamento da fobia social nas suas vertentes psicoterapêutica e farmacológica, descrevendo detalhadamente os aspectos concretos da sua utilização.

Na Parte IV, Marina Cunha e Maria do Céu Salvador abordam a prevalência, apresentação clínica, avaliação e tratamento da fobia social na infância e adolescência, períodos etários em que as fronteiras entre timidez, inibição comportamental, ansiedade social "normal" e fobia social estão mal delimitadas e o diagnóstico é por vezes difícil. Muito está ainda por esclarecer acerca dos factores que poderão influenciar o desenvolvimento e apresentação clínica da fobia social nestes períodos etários, sendo urgente investigações que esclareçam estes aspectos. A importância do diagnóstico precoce

da fobia social, de modo a evitar as tremendas consequências na vida escolar e desenvolvimento interpessoal e profissional dos nossos jovens, não pode ser subestimada.

Finalmente, uma questão de terminologia. Embora neste livro utilizemos habitualmente o termo fobia social, seguindo a tradição do DSM e da ICD-10, como descritor preferencial para o quadro clínico resultante de uma ansiedade social excessiva e patológica, pensamos,

[14] Introdução

como outros autores, que o termo distúrbio de ansiedade social é um melhor descritor deste quadro clínico, pois acentua o aspecto da ansiedade e desconforto em situações sociais em detrimento do evitamento fóbico, que nem sempre existe.

Na impossibilidade de agradecer a todos que de algum modo contribuíram para que esta obra fosse possível, gostaria de deixar aqui o meu agradecimento especial a alguns.

Aos meus colaboradores na Consulta de Terapia Cognitivo-Comportamental do Serviço de Psiquiatria do HUC e no Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra que acompanharam com entusiasmo o meu interesse pelo distúrbio de ansiedade social e colaboraram nas investigações realizadas.

Aos doentes com distúrbio de ansiedade social pela sua coragem em partilharem comigo as suas dificuldades e pelo que com eles aprendi.

À minha mulher Marina, pelo apoio, encorajamento e colaboração, e aos meus filhos André, Miguel e Ana Carolina pelo apoio e tolerância com que sempre aceitaram as muitas horas que tive de roubar ao seu convívio para que este livro fosse possível.

José Pinto Gouveia

[15]

I Parte

Conceito, Epidemiologia, Fenomenologia Clínica e Comorbilidade

[16] Página em branco

[17]

Capítulo I

Conceito, Critérios de Diagnóstico e Epidemiologia

José Pinto Gouveia

O reconhecimento da importância da fobia social (distúrbio de ansiedade social) é relativamente recente, e, ainda em 1985, Liebowitz (Liebowitz *et al.*, 1985) se referia a este quadro clínico como "um distúrbio ansioso negligenciado", chamando a atenção para a necessidade do seu melhor conhecimento. A investigação realizada nos últimos dez anos

permitiu não só a confirmação da sua importância clínica como um distúrbio ansioso severamente incapacitante, como originou também avanços importantes no seu diagnóstico, conceptualização teórica e tratamento. Apesar disso, a fobia social continua a ser sub-diagnosticada e pouco reconhecida pelos médicos e profissionais da saúde mental. Por outro lado, os estudos epidemiológicos mostram, também, que uma larga percentagem de fóbicos sociais não recebe ajuda (ou não a procura) para as suas dificuldades, sugerindo um largo desconhecimento na população geral acerca deste quadro clínico.

O Conceito de Fobia Social (Distúrbio de Ansiedade Social)

A resposta ansiosa faz parte do sistema adaptativo de sobrevivência, sendo um legado evolucionário cuja importância não deve ser subestimada, desempenhando importantes funções em muitas situações. A ansiedade social, ou seja a ansiedade experimentada em

[18] Capítulo 1

situações sociais, é uma experiência comum nos humanos e está intimamente relacionada com a estrutura social de grupo dos humanos e a sua organização hierárquica. A experiência de graus ligeiros de ansiedade em situações sociais é, assim, um fenómeno frequente num largo número de indivíduos e não impede um funcionamento social adequado podendo, em certos casos, ter até um efeito benéfico no desempenho social.

Em alguns indivíduos, porém, a ansiedade experimentada em situações sociais é tão elevada que interfere com o seu funcionamento social e em alguns casos conduz mesmo ao evitamento dessas situações. Quando isto acontece estamos perante uma fobia social (distúrbio de ansiedade social). Nestes casos, o receio de ser avaliado negativamente, de parecer ridículo, desajeitado, tolo, de não estar à altura da situação e ver o seu estatuto pessoal diminuído desperta graus tão elevados de desconforto e medo, que a vida diária fica severamente limitada.

Descrições de situações deste tipo podem encontrar-se na literatura e remontam a Hipócrates que descreve assim um dos seus casos: "through bashfulness, suspicion, and timorousness, will not be seen abroad; ...his hat still in his eyes, he will neither see, nor be seen by his good will. He dare not come in company, for fear he should be misused, disgraced, overshoot himself in gestures of speeches... He thinks every man observed him" (citado em Marks, 1969; p. 152).

Toma-se assim necessário distinguir entre a experiência de graus ligeiros de ansiedade em situações sociais, fenómeno comum e que habitualmente não origina sofrimento ou interferência significativa na vida do indivíduo, e a fobia social como quadro clínico ansioso severamente limitador do funcionamento social e profissional do indivíduo. Em nosso entender, a ansiedade social avaliativa deve ser conceptualizada como existindo ao longo de uma dimensão, que varia desde um grau ligeiro, comun a todos os humanos e com possíveis funções reguladoras do funcionamento social em grupo, até um grau extremo que interfere no desempenho social e que, clinicamente se designa por fobia social ou distúrbio de ansiedade social.

A utilização do termo fobia social, para descrever o medo de ser observado em situações de desempenho social, foi pela primeira vez

[19] Conceito, Critérios de Diagnóstico e Epidemiologia

utilizado por Pierre Janet em 1903 (citado em Heckelman & Schneier, 1995), que, sob o nome de *Phobie des situations sociales*, descreveu um conjunto de doentes que receava ser observado enquanto falava, escrevia ou tocava piano em público.

Apesar desta descrição pioneira de Janet, o conceito actual de Fobia Social, como entidade clínica independente, só começa a desenvolver-se a partir da publicação dos resultados do estudo de Marks e Gelder (1966) que mostraram ser possível distinguir diferentes fobias específicas através da sua idade de início característica. Estes autores utilizaram o conceito de fobia social para descrever uma situação clínica em que o aspecto central era o medo excessivo de ser observado ou avaliado em situações específicas de desempenho social, como escrever, comer, beber ou falar em público. A idade de início situava-se entre os 15 e os 30 anos de idade, com uma média de início aos 19 anos.

Critérios para o Diagnóstico da Fobia Social

A evolução do conceito de fobia social no DSM

O conceito de fobia social, utilizado por Marks e Gelder, foi adoptado em 1980 no DSM III (DSM-III; *American Psychiatric Association*, 1980) que estabelece como critérios de inclusão para o seu diagnóstico o medo excessivo de observação ou avaliação em situações de desempenho ou execução social específicas, o reconhecimento pelo doente que o seu medo é excessivo ou irrazoável, e que provoca sofrimento e interferência significativa na vida do doente. Como critério de exclusão, é especificado a existência de um distúrbio evitante de personalidade. Ao incluir este critério de exclusão, o DSM III limitava o diagnóstico de fobia social às situações de medo ou desconforto em situações sociais específicas de desempenho, não reconhecendo a heterogeneidade deste quadro clínico e eliminando a possibilidade de muitos indivíduos com ansiedade de interacção social generalizada serem diagnosticados como fóbicos sociais. A progressiva identificação de indivíduos que têm dificuldades acentuadas em várias situações de interacção social, mas não apresentam necessariamente ansiedade

[20] Capítulo 1

elevada em situações de desempenho específicas, e o reconhecimento que na maioria dos casos de fobia social os indivíduos receiam várias situações, coexistindo ansiedade de desempenho e ansiedade de interacção (Heimberg, Hope, Dodge, & Becker, 1990; Turner, Beidel, Dancu, & Keys, 1986), levou a que no DSM-III-R (DSM-III-R; *American Psychiatric Association*, 1987) fosse retirado este critério de exclusão sendo introduzido um subtipo de fobia social generalizada. Com a introdução deste subtipo o DSM-III-R estabelece, assim, uma distinção categorial entre os fóbicos sociais que receiam a maioria das situações sociais (subtipo generalizado) e aqueles que receiam uma ou duas situações

sociais específicas (habitualmente designados de forma diversa, por diferentes autores, como subtipo não-generalizado, específico ou de execução).

A prática da utilização destes critérios, estabelecidos pelo DSM-III-R, mostrou que a distinção entre os dois subtipos levantava alguns problemas e que as modificações introduzidas não resolviam algumas questões relacionadas com a delimitação conceptual da fobia social e as suas fronteiras de diagnóstico, pelo que as modificações introduzidas originaram algumas críticas e questões que analisaremos brevemente.

A questão da existência dos dois subtipos como entidades categoriais distintas será abordada mais à frente, dado que nos parece merecer uma análise mais aprofundada. Das outras questões, salientam-se as relacionadas com as fronteiras do diagnóstico da fobia social e da sua relação com outras situações clínicas. Mais especificamente, eram pouco claras as fronteiras da fobia social com a timidez e com ansiedade a exames, e existiam algumas dificuldades no diagnóstico diferencial com outros distúrbios ansiosos como o distúrbio de pânico e a ansiedade generalizada, especialmente quando esta incluía preocupações excessivas com situações sociais. A elevada comorbilidade da fobia social com o abuso de álcool, e, a frequente sobreposição do diagnóstico da fobia social generalizada e o distúrbio evitante de personalidade, eram também aspectos que requeriam uma melhor clarificação.

Finalmente, a existência frequente de quadros clínicos de ansiedade social secundários a uma situação médica ou psiquiátrica primária (desfiguramento por queimadura, tremor essencial, doença de Parkinson, gaguez) levantava a questão de saber em que medida

[21] Conceito, Critérios de Diagnóstico e Epidemiologia

esses casos eram semelhantes à fobia social primária, ou deveriam continuar a ser excluídos do diagnóstico de fobia social.

Estas questões foram objecto de estudo pelo grupo de investigadores encarregado de rever os critérios de diagnóstico da fobia social para o DSM-IV (Schneier, Liebowitz, Beidel, Fyer, George, Heimberg, *et al.* 1996). Este grupo de trabalho concluiu que, embora persistissem algumas das ambiguidades diagnosticas atrás apontadas, a análise dos dados disponíveis acerca da fobia social não justificava, na maioria dos aspectos analisados, uma mudança dos critérios existentes no DSM-III-R (Schneier, Liebowitz, Beidel, Fyer, George, Heimberg, *et al.* 1996). As duas principais modificações propostas por este grupo foram a introdução da fobia a exames como uma fobia social específica, e a adopção de uma perspectiva de continuidade diagnostica da infância até a idade adulta, na fobia social. Nesse sentido, no DSM-IV (1994, APA) foram introduzidos critérios específicos para o diagnóstico da fobia social na infância e retirado o diagnóstico de distúrbio evitante da infância que existia no DSM-III-R.

Como resultado destas conclusões, os critérios diagnósticos do DSM-IV para a fobia social (distúrbio de ansiedade social) são os seguintes:

Critérios de Diagnóstico do DSM-IV para a Fobia Social/Distúrbio de Ansiedade Social

A. Medo intenso e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho nas quais o indivíduo está exposto a pessoas desconhecidas ou ao possível escrutínio de outros. O sujeito receia comportar-se (ou mostrar sintomas de ansiedade) de modo humilhante ou embaraçoso.

Nota: Nas crianças, deve existir evidência da capacidade, apropriada à idade, de relacionamento social com pessoas familiares e a ansiedade deve ocorrer em contextos com os pares, não apenas em interações com os adultos.

B. A exposição às situações sociais receadas provoca quase sempre ansiedade, a qual pode tomar a forma ou predispor situacionalmente a um ataque de pânico.

[22] Capítulo 1

Nota: Nas crianças, a ansiedade pode ser expressa através de choro, birras ou ficarem mobilizadas ou encolhidas, em situações sociais com pessoas não familiares.

C. O indivíduo reconhece que o medo é excessivo ou irracional.

Nota: Nas crianças, este aspecto pode estar ausente,

D. As situações sociais ou de desempenho receadas são evitadas ou enfrentadas com intensa ansiedade ou desconforto.

E. O evitamento, a ansiedade antecipatória ou o desconforto nas situações sociais ou de desempenho, interferem significativamente com a rotina normal do indivíduo, com o seu funcionamento ocupacional (ou académico), com as actividades ou relações sociais, ou existe um mal-estar intenso devido à fobia.

F. Em sujeitos com menos de 18 anos de idade, a duração é de pelo menos 6 meses.

G. O medo ou evitamento não é devido a efeitos fisiológicos duma substância (p. ex., abuso de droga, um medicamento) ou a uma condição física geral, e não é melhor explicada por nenhum outro distúrbio mental (p. ex., Distúrbio de Pânico com ou sem Agorafobia, Ansiedade de Separação, Dismórfico Corporal, um Distúrbio Desenvolvimental Pervasivo, ou Distúrbio de Personalidade Esquizóide).

H. Se uma condição física ou outro distúrbio mental estiverem presentes, o medo do critério A não está relacionado com eles; por exemplo não é medo de gaguejar (Gaguez), de tremer (doença de Parkinson), ou de exibir um comportamento alimentar anormal (Anorexia ou Bulimia Nervosa).

Especificar se:

Generalizado: se os medos incluem a maioria das situações (considere igualmente o diagnóstico adicional de Distúrbio de Personalidade Evitante).

In: American Psychiatric Association. (1994)

DSM - IV. Lisboa: CLIMEPSI, pp. 427-428

Apesar destes critérios de diagnóstico do DSM-IV constituírem um avanço no sentido de uma melhor clarificação do quadro clínico

[23] Conceito, Critérios de Diagnóstico e Epidemiologia

do distúrbio de ansiedade social e das suas relações com outros distúrbios do eixo I, mantêm-se algumas dificuldades na sua utilização. Em nosso entender, um dos aspectos

mais controversos diz respeito à aplicação do critério E, isto é, à não existência de limiares claros acerca do grau de desconforto e de interferência dos sintomas na vida do indivíduo que deverá existir para ser possível fazer um diagnóstico de fobia social. O critério não dá exemplos clínicos, nem sugere uma escala de avaliação que permita distinguir os casos clínicos dos casos subclínicos, tomando-se assim muito difícil em alguns indivíduos decidir se é um caso clínico, se uma situação subclínica. Esta distinção é importante, quer numa perspectiva da prática clínica quer para a investigação da fobia social, dada a alta prevalência de sintomas de ansiedade social na população geral.

Stein *et al.* (1994) num estudo de comunidade verificaram que cerca de 61% dos inquiridos referia ansiedade em pelo menos uma das sete situações sociais investigadas, e que 33% referia que se "sentia muito mais nervoso que as outras pessoas" em pelo menos uma situação.

Esta questão complica-se ainda mais se entrarmos em linha de conta com o facto de alguns indivíduos com situações subclínicas de fobia social referirem graus de incapacidade e de interferência na vida diária comparáveis com os indivíduos que preenchem todos os critérios para um diagnóstico de fobia social.

Também na clínica, esta ausência de limiares precisos para o critério E levanta dificuldades. A alta frequência com que sintomas de ansiedade social são referidos por doentes com outros distúrbios ansiosos levanta, frequentemente, dúvidas acerca dos casos em que se justifica fazer um diagnóstico comórbido de fobia social. Por estas razões, pensamos que se justifica complementar a entrevista clínica com uma escala simples de interferência na vida diária, que avalie a interferência dos sintomas de ansiedade social nas áreas escolar/ /profissional, social e afectiva do indivíduo. Na nossa experiência da utilização de uma escala deste tipo em que a resposta é dada numa escala de referência de 0-10, em que o 0 corresponde a *nada incapacitante* e o 10 corresponde a *severamente incapacitante*, só valorizamos, como sugestivo de um caso de fobia social, valores iguais ou superiores a 7 em pelo menos uma das áreas de vida inquiridas.

[24] Capítulo 1

Os dois subtipos de fobia social

Os indivíduos com fobia social generalizada receiam sentir-se embaraçados, humilhados, ou avaliados negativamente num largo número de situações sociais que vão desde o falar com estranhos ou com superiores, até falar num grupo de conhecidos. com a introdução deste subtipo o DSM-III-R estabelece, assim, uma distinção categorial entre os fóbicos sociais que receiam a maioria das situações sociais (subtipo generalizado), e aqueles que receiam uma ou duas situações sociais específicas (habitualmente designados de forma diversa por diferentes autores como "subtipo não-generalizado", "específico" ou de "execução", embora o DSM-IV não proponha nenhuma designação para esta situação). O subtipo "não-generalizado" parece pois funcionar como um subtipo residual para os indivíduos que não receiam a maioria das situações sociais.

Se o alargamento do conceito de fobia social introduzido pelo DSM-III-R respondia à constatação clínica que a maioria dos indivíduos com fobia social recebiam várias situações de desempenho e de interacção social (em amostras clínicas de fóbicos sociais, a

percentagem de indivíduos apenas com ansiedade de desempenho em situações específicas e sem ansiedade de interação é de 6% (Schneier, Liebowitz, Beidel *et al.*, 1996)), a prática da utilização dos critérios estabelecidos pelo DSM-III-R mostrou que a distinção entre os dois subtipos levantava alguns problemas. As críticas em relação a esta distinção categorial entre os dois subtipos têm sido centradas na falta de especificidade da frase "na maioria das situações sociais" utilizada para a definição do subtipo generalizado, o que dificulta a investigação das características específicas dos dois subtipos (Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer, & Liebowitz, 1993; Holt, Heimberg, & Hope, 1992; Turner, Beidel, & Townsley, 1992). Tem também sido apontada como problemática uma distinção categorial entre os dois subtipos apenas baseada no número de situações receadas, mais que numa diferença qualitativa entre as situações receadas (ansiedade de desempenho *versus* ansiedade de interação). Por estas razões, alguns autores têm sugerido que a inclusão de outros subtipos poderia permitir uma delimitação mais precisa de grupos de doentes com fobia social o que

[25] Conceito, Critérios de Diagnóstico e Epidemiologia

facilitaria a investigação e clínica da fobia social. Entre os subtipos propostos para inclusão nos critérios contam-se o subtipo fobia social circunscrita, definido como o medo em uma ou um limitado número de situações sociais específicas (falar, comer ou escrever em público) e o subtipo de fobia social não-generalizada para aqueles indivíduos que, não preenchendo os critérios para a fobia social do subtipo generalizada, experimentam, no entanto, uma ansiedade social de interação significativa num largo número de situações (Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer & Liebowitz, 1993). Em apoio da inclusão destes subtipos nos critérios de diagnóstico para a fobia social, uma investigação que utilizou os dados obtidos por entrevista no estudo epidemiológico do *National Comorbidity Study*, que envolveu cerca de oito mil indivíduos, verificou que cerca de um terço dos indivíduos que preenchiam os critérios para o diagnóstico de fobia social referiam apenas o medo de falar em público (fobia social circunscrita), e dois terços referiam múltiplos medos sociais de interação e desempenho (fobia social generalizada) (Kessler, Stein, & Berglund, 1998).

Os resultados das investigações acerca dos dois subtipos têm fornecido alguns dados contraditórios, levando alguns autores a sugerir que não existem dados que permitam concluir claramente que a diferença entre os dois subtipos é qualitativa, mais que quantitativa (Hope, Herbert, & White, 1995), e que os dois subtipos do DSM-IV poderão representar apenas um contínuo de severidade do problema, em que o subtipo generalizado seria a forma mais severa de fobia social e o subtipo não-generalizado uma forma mais atenuada. No entanto, alguns estudos apontam, também, para algumas diferenças entre os dois subtipos que justificam a sua manutenção. As diferenças encontradas entre os dois subtipos sugerem que os fóbicos sociais diagnosticados como pertencendo ao subtipo generalizado, quando comparados com os do subtipo não-generalizado, apresentam um início mais cedo, são mais frequentemente solteiros, apresentam uma frequência mais elevada de depressão atípica e de alcoolismo (Mannuzza *et al.*, 1995), obtêm pontuações mais elevadas em questionários de auto-resposta (Hofmann & Roth, 1996), mostram uma maior severidade clínica e maiores limitações funcionais, (Heimberg, Hope, Dodge & Becker, 1990; Holt, Heimberg & Hope, 1992; Turner,

Beidel & Townsley, 1992), mostram diferenças nas respostas psicofisiológicas durante a exposição (Heimberg, Hope, Dodge & Becker, 1990; Hofmann, Newman, Ehlers, & Roth, 1995; Levin *et al.*, 1993), apresentam um maior grau de interferência cognitiva no teste de Stroop modificado (McNeil, Ries, Taylor, *et al.*, 1995) e maiores tempos de pausa durante o discurso (Hofmann, Gerlach, Wender, & Roth, 1997). Os indivíduos com o subtipo específico ou circunscrito (medo de falar em público) apresentam, no entanto, uma maior ansiedade antecipatória e um maior aumento da frequência cardíaca em resposta a testes de desempenho comportamental que os fóbicos sociais com o subtipo generalizado (Heimberg *et al.*, 1990; Hofmann *et al.*, 1995; Levin *et al.*, 1993; Boone, 1999).

Boone e cols. (1999), num estudo recente, obtiveram dados que apoiam a distinção entre os dois subtipos. Estes autores utilizaram uma metodologia de avaliação multimodal para comparar as respostas cardíacas, comportamentais e verbais de um grupo de 41 fóbicos sociais que dividiram em três grupos: fobia social circunscrita a falar em público, fobia social generalizada sem distúrbio evitante de personalidade e fobia social generalizada com distúrbio evitante de personalidade. Os resultados mostraram a existência de diferenças entre os três grupos, com o grupo de fóbicos sociais circunscritos a apresentar, de forma geral, menos psicopatologia que os fóbicos sociais generalizados. A nível das respostas fisiológicas, no teste de desempenho comportamental, os fóbicos circunscritos a falar em público apresentaram frequências cardíacas mais elevadas que os dois grupos com fobia social generalizada. Nas respostas comportamentais, relativamente ao teste de desempenho comportamental, o grupo de fobia social generalizada com distúrbio evitante de personalidade teve respostas mais elevadas de escape e evitamento, que os fóbicos circunscritos e fóbicos generalizados sem distúrbio evitante de personalidade, não havendo diferenças entre estes dois grupos.

Curiosamente, e como Boone e cols. (1999) apontam, as respostas fisiológicas dos fóbicos sociais do subtipo específico ou circunscrito (medo de falar em público) assemelham-se às dos indivíduos com outras fobias específicas, sendo possível encontrar ainda outras similaridades entre os dois quadros como: raramente procuram tratamento

[27] Conceito, Critérios de Diagnóstico e Epidemiologia

em serviços públicos, não apresentam níveis de sofrimento psicológico elevado, e só procuram tratamento quando a sua dificuldade os confronta com acontecimentos a nível profissional que não podem ultrapassar.

O estudo de Mannuzza e cols. (1995), atrás citado, verificou também que cerca de um terço das famílias dos doentes com fobia social generalizada apresentavam casos de fobia social, enquanto as famílias dos doentes com fobia social não-generalizada não apresentavam um número de casos de fobia social superior aos das famílias de controlos normais, o que levou estes autores a sugerirem que a fobia social generalizada pode representar um forma familiar de ansiedade social. Também na forma de início têm sido identificadas diferenças entre os dois subtipos, com o subtipo não-generalizado ou específico a mostrar um início associado a acontecimentos traumáticos, e o subtipo

generalizado associado a um início mais cedo e uma história de timidez durante a infância e adolescência (Townsend, 1992; Stemberger *et al.*, 1995).

Resumindo, todos os estudos sugerem que o subtipo generalizado da fobia social representa uma forma mais severa de fobia social, de início mais precoce e com maior interferência no funcionamento na vida diária, que o subtipo não-generalizado.

As diferenças encontradas entre os dois subtipos ao nível de respostas fisiológicas, história familiar e forma de início justificam, em nosso entender, a distinção entre eles, embora se mostrem necessários mais estudos que comparem amostras representativas dos dois subtipos para um melhor esclarecimento de algumas inconsistências nas diferenças encontradas.

Um aspecto diferente, é a necessidade de uma definição mais rigorosa dos subtipos de fobia social o que em muito beneficiaria a investigação e a clínica, dado que em muitos estudos a amostra de fóbicos sociais é heterogênea, a distinção entre casos clínicos e subclínicos é mal definida e a existência ou não de distúrbio evitante de personalidade comórbido não é tida em conta. Futuras investigações deverão considerar estes aspectos para um melhor esclarecimento da fobia social e dos seus factores etiológicos, clínicos e terapêuticos.

[28] Capítulo 1

Os critérios de diagnóstico na ICD-10

Os critérios de diagnóstico para a fobia social na ICD-10 são, no seu essencial, muito semelhantes aos do DSM-IV. As principais diferenças na ICD-10, em relação ao DSM-IV, situam-se ao nível da inexistência da classificação em subtipos, da não contemplação da possibilidade da existência de crises de pânico provocadas pela ansiedade experimentada nas situações sociais receadas e da ausência de critérios específicos para o diagnóstico da fobia social na infância.

Critérios de Diagnóstico da ICD-10 para a Fobia Social

A. Cada um dos seguintes deve estar presente:

- (1) Medo marcado de ser o centro da atenção, ou medo de se comportar de forma embaraçosa ou humilhante;
- (2) Evitamento marcado de ser o centro da atenção, ou de situações nas quais tem medo de se comportar de forma embaraçosa ou humilhante;

Estes medos manifestam-se em situações sociais, tais como comer ou falar em público, encontrar indivíduos conhecidos em público ou entrar em situações de pequenos grupos (p. ex., festas, reuniões, salas de aula).

B. Pelo menos dois sintomas de ansiedade na situação temida tal como é definido em F40.0, critério B, devem manifestar-se em algum momento desde o aparecimento do distúrbio, juntamente com pelo menos um dos seguintes sintomas:

- (1) ruborizar ou tremer;
- (2) medo de vomitar
- (3) urgência ou medo de urinar ou defecar.

C. Perturbação emocional significativa é causada pelos sintomas ou pelo evitamento, e o indivíduo reconhece que estes são excessivos ou pouco razoáveis.

[29] Conceito, Critérios de Diagnóstico e Epidemiologia

D. Os sintomas restringem-se a, ou predominam nas situações temidas ou quando estas situações temidas estão a ser imaginadas.

E. Aspecto mais comumente utilizado para exclusão. Os sintomas apresentados nos critérios A e B não são resultado de delírios, alucinações, ou outros distúrbios tais como distúrbios mentais orgânicos (F00-F29), esquizofrenia ou distúrbios relacionados (F20-F29), distúrbios do humor [afectivos] (F30-F39), ou distúrbio obsessivo-compulsivo (F42-), e não são secundários a crenças culturais.

Adaptado da ICD-10. WHO, 1993.

Epidemiologia da Fobia Social

Estudos de prevalência

Os dados, referentes à prevalência da fobia social na população geral, apresentam diferenças acentuadas na prevalência ao longo do período de vida encontrada em diferentes estudos epidemiológicos, variando entre uma prevalência de 0.53% no estudo de Lee e cols. (1990), até os 16.0% do estudo de Wacker e cols. (1992).

Como compreender esta tão grande variabilidade e aparente discrepância nas prevalências identificadas?

Várias razões contribuem para esta situação. Em primeiro lugar, as modificações sucessivas que os critérios de diagnóstico para a fobia social têm sofrido nas diferentes versões do DSM e que foram já acima apontadas. A maioria dos estudos publicados utilizaram os critérios de diagnóstico do DSM-III para a definição de caso de fobia social, o que dada a sua natureza restritiva (existência de distúrbio evitante de personalidade como critério de exclusão para o diagnóstico de fobia social, e o foco numa situação específica receada mais que no medo de várias situações sociais) pode explicar a baixa prevalência encontrada nos estudos realizados nos anos 80, quando comparada com as prevalências mais elevadas identificadas nos estudos que utilizaram os critérios de diagnóstico do DSM-III-R. Assim, quando se compara os dados de prevalência encontrados nos estudos

[30] Capítulo 1

epidemiológicos realizados em vários países (Quadro 1), e que utilizaram a mesma metodologia (utilização do *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) como instrumento de avaliação) baseada nos critérios do DSM III, vemos que a prevalência encontrada varia entre 0.53%,; (homens=0.0, mulheres=1.03) no estudo na Coreia do Sul (Lee *et al.* 1990) e 3% (homens=4.3, mulheres=3.5) no estudo em Cristchurch, na Nova Zelândia (Wells *et al.*, 1989). Nos outros locais, os dados encontrados foram respectivamente de: 2.4% no estudo realizado em quatro locais da *Epidemiologic Catchment Area* dos E.U.A. (ECA), (Schneier *et al.*, 1992); 1.7% no estudo canadiano em Edmonton (Bland *et al.*, 1988); 1.6% no estudo em Porto Rico (Canino *et al.*, 1987); 0.99 no estudo italiano em Florença (Faravelli *et al.*, 1989) e 0.6 no estudo em Taipé (Hwu *et al.*, 1989). Estes dados sugerem a existência de diferenças culturais na prevalência da fobia social, com os países asiáticos a apresentarem as prevalências mais baixas comparativamente com os países de língua inglesa, que por sua vez apresentam prevalências entre 1.7 e 3%.

Quadro 1. Prevalência da Fobia Social

Local - Sist. Diag. – Autor – Prevalência % - Total – Masculino - Femenino
ECA (USA) - DSM-III - Schneier, et al. (1992) – 2.4 – 2.0 – 3.1
Porto Rico - DSM-III – Canino et al. [1987] – 1.6 – 1.5 – 1.6
Edmonton - DSM-III – Bland et al. (1988) – 1.7 – 1.4 – 2.0
Formosa - DSM-III – Hwu et al. (1989) – 0.6 – 0.24 – 0.95
Cristchurch (NZ) - DSM-III – Wells et al. (1989) – 3.0 – 4.3 – 3.5
Florença - DSM-III – Faravelli et al. (1989) – 0.99 – 1.4 – 0.54
Seul - DSM-III – Lee et al. (1990) – 0.53 – 0.0 – 1.03
Basileia - DSM-III – Wacker et al. (1992) – 16.0
NCS (USA) - DSM-III – Kessler et al. (1994) – 13.3 – 11.1 – 15.5

Mais recentemente, os dados de prevalência da fobia social encontrados no estudo do *National Comorbidity Survey* (NCS), publicados por Kessler e cols. (1994), apontam para uma prevalência ao longo do ciclo de vida de 13.3%, acentuadamente superior aos valores dos estudos atrás citados. Neste estudo, que envolveu mais de 8000 respondentes, os autores utilizaram como instrumento de entrevista o *Composite Internacional Interview* (CIDI), que categoriza os distúrbios

[31] Conceito, Critérios de Diagnóstico e Epidemiologia

mentais a partir dos critérios do DSM-III-R e da ICD-10. Valores ainda mais elevados (16%) foram obtidos por Wacker e cols. (1992), numa população de 470 suíços, utilizando o mesmo instrumento. A prevalência-ano e prevalência-mês encontradas no estudo do NCS foi, respectivamente, de 7.9% e 4.5% (Magee *et al.*, 1996).

Resumindo, a grande variabilidade na prevalência da fobia social encontrada nos estudos epidemiológicos, parece relacionada com os critérios de diagnóstico utilizados para a categoria da fobia social e os instrumentos de entrevista que resultam desses critérios. Do mesmo modo, a utilização em alguns estudos de diferentes limiares para a definição da severidade do medo, e da interferência na vida social e ocupacional do indivíduo, poderá

explicar algumas diferenças nos resultados obtidos. A utilização dos critérios do DSM-III-R permitiu identificar prevalências ao longo do ciclo de vida, prevalências da ordem dos 13%, e prevalências ano e mês, respectivamente, de 7.9% e 4.5%, o que situa a fobia social como um dos distúrbios psiquiátricos mais frequentes na população geral. Diferenças culturais na expressão dos medos sociais, que poderão não ser captadas pelos instrumentos de avaliação construídos para populações norte-americanas e europeias, poderão explicar a baixa prevalência encontrada nos países asiáticos.

Factores sócio-demográficos

Prevalência em função do sexo

Os estudos de prevalência da fobia social na população geral, atrás apontados, sugerem uma maior prevalência nas mulheres que nos homens. No estudo realizado na ECA (Schneier *et al.*, 1992), e utilizando os critérios do DSM-III, os autores encontraram uma prevalência de 3.1% para as mulheres e de 2.0% para os homens. Aproximadamente a mesma relação homem-mulher de 3:2 foi verificada no estudo do *National Comorbidity Survey* (Kessler *et al.*, 1994) que, utilizando os critérios de diagnóstico do DSM-III-R, identificou taxas de prevalência da fobia social de 15.5% nas mulheres e 11.1% nos homens. Esta prevalência, mais elevada nas mulheres que nos homens, foi também encontrada nos estudos realizados em países asiáticos (Hwu *et al.*, 1989; Lee *et al.*, 1990),

[32] Capítulo 1

em que a prevalência encontrada para os homens foi muito baixa. Se esta, aparente, maior prevalência da fobia social nas mulheres da população geral está de acordo com a constatação que os distúrbios ansiosos são mais frequentes nas mulheres, nem todos os dados apontam nesse sentido. Os estudos realizados na Nova Zelândia (Wells *et al.*, 1989) e na Itália (Faravelli *et al.*, 1989), encontraram uma maior prevalência nos homens que nas mulheres, respectivamente, de 4.3 para 3.0 e de 1.4 para 0.99. Relevante para a compreensão deste aspecto são os resultados obtidos no estudo de Pollard e Henderson (1988) que incidiu em 500 adultos e utilizou uma entrevista estruturada que avaliava quatro tipo de medos sociais (falar em público, comer em público, escrever em público e utilizar quartos de banho públicos). Os resultados obtidos mostraram uma maior prevalência de medos sociais nas mulheres que nos homens (relação de 3:2). No entanto, quando era aplicado o critério de "os medos provocam sofrimento significativo", esta relação invertia-se, verificando-se uma maior prevalência nos homens que nas mulheres.

Outro aspecto a ter em conta, na análise da distribuição da fobia social por sexo, são os dados obtidos em amostras clínicas. De forma diferente dos outros distúrbios ansiosos, em que existe um predomínio de mulheres nas amostras clínicas, nos doentes com fobia social que procuram tratamento há uma proporção semelhante entre homens e mulheres (Heimberg & Juster, 1995), com alguns estudos a mostrarem mesmo um ligeiro predomínio de homens (Mannuzza *et al.*, 1990).

Esta discrepância, entre os dados obtidos em amostras da população geral e amostras clínicas, tem sido explicada através das diferentes estratégias que homens e

mulheres habitualmente utilizam para lidar com a ansiedade social, estratégias essas que poderão estar relacionadas com os diferentes papéis sociais tradicionalmente atribuídos aos dois sexos. Na tradição cultural ocidental, espera-se que o homem esteja mais orientado para uma carreira profissional e tome mais a iniciativa no iniciar duma relação amorosa que a mulher. Este aspecto pode originar que a fobia social interfira mais no ajustamento social do homem que da mulher e, nesse sentido, mais homens que mulheres com fobia social procurem tratamento.

Por outro lado, os homens, mais que as mulheres, tendem a

[33] Conceito, Critérios de Diagnóstico e Epidemiologia

recorrer à utilização de álcool como forma de lidar com a sua ansiedade social o que permitiria mascarar os seus sintomas originando menores prevalências nos estudos da população geral. Pelo contrário, as mulheres tendem a utilizar mais estratégias de evitamento para lidar com a ansiedade social (não trabalhando) o que lhes origina menos sofrimento e as leva menos a procurar tratamento em comparação com os homens, que sofrem maior pressão sociocultural para o trabalho e não podem utilizar predominantemente estratégias de evitamento.

Finalmente, um último aspecto que poderá explicar as discrepâncias nas prevalências por sexo, encontradas em alguns estudos da população geral, é a possível existência de tipos de medos sociais específicos com diferentes incidências nos dois sexos. Alguns dados sugerem que os homens, mais que as mulheres, receiam exprimir sentimentos positivos e situações em que o seu comportamento possa revelar limitações pessoais (Bridges *et al.*, 1991). Se tal acontecer, as prevalências da fobia social nos dois sexos diferirão consoante o tipo de medos sociais específicos incluídos no instrumento de avaliação para o diagnóstico de fobia social (Chapman, Manuzza & Fyer, 1995).

Um estudo recente de Turk e cols. (1998), utilizando a *Liebowitz Social Anxiety Scale* (Liebowitz, 1987) que avalia o medo e evitamento em 24 situações sociais de desempenho e interacção social, confere algum apoio a esta hipótese. Os autores verificaram que, embora a larga maioria dos medos sociais seja partilhada pelos dois sexos, existem algumas diferenças nas situações receadas e na severidade dos medos relatados. As mulheres referem um medo mais severo que os homens nas seguintes situações: falar com uma pessoa de autoridade, actuar ou falar perante uma audiência, ser observada enquanto trabalha, entrar numa sala em que os outros já estão sentados, ser o centro das atenções, falar numa festa, exprimir discordância ou desaprovação a pessoas que não conhecem bem, apresentar um relatório num grupo e dar uma festa. Os homens relatam um medo significativamente maior, que as mulheres, em urinar num local público e em devolver artigos comprados numa loja comercial. Para além desta diferença na severidade dos medos relatados, um maior número de homens, que mulheres, refere medo de urinar em quartos de banho públicos, enquanto um maior número de mulheres receia ir a uma festa.

[34] Capítulo 1

Grau de instrução e nível sócio-económico

Os dados acerca da influência do grau de instrução e estatuto sócio-económico, na prevalência da fobia social, são algo contraditórios. Os resultados, obtidos nos quatro locais dos Estados Unidos que faziam parte da ECA (Schneier *et al.*, 1992), revelaram que uma maior prevalência da fobia social estava associada a graus de instrução e estatuto sócio-económico mais baixo. Relação inversa foi, no entanto, encontrada por Pollard e Henderson (1988) ao verificarem uma maior incidência da fobia social nos indivíduos com grau mais elevado de educação. Estas diferenças são difíceis de interpretar e poderão estar relacionadas com o tipo de amostras utilizadas e os tipos de medos sociais específicos avaliados, dado que o estudo de Pollard e Henderson avaliou medos sociais que não eram avaliados no estudo da ECA. j

A possível associação entre um grau de instrução e estatuto sócio-económico baixo e uma maior prevalência da fobia social está de acordo com aquilo que acontece em outras situações psiquiátricas (esquizofrenia, alcoolismo, abuso de substâncias), e tem sido explicada através de dois mecanismos possíveis. Uma influência negativa directa da fobia social na vida escolar e profissional, o que originaria um menor rendimento escolar e profissional que conduziria a um estatuto sócio-económico mais baixo. Outro mecanismo possível, é a possibilidade de um estatuto sócio-económico baixo influenciar directamente o desenvolvimento da fobia social.

Estado Civil

Os indivíduos com um diagnóstico de fobia social, quando comparados com controlos sem fobia social, têm mais probabilidade de serem solteiros, divorciados ou separados (Davidson *et al.*, 1993; Wittchen & Beloch, 1996). A associação entre um diagnóstico de fobia social e o estado civil de solteiro é também fortemente apoiada pelos dados do estudo da ECA (Schneier *et al.*, 1992), e está de acordo com o que seria de esperar em função das manifestações clínicas e dificuldades dos indivíduos com fobia social. Muitos dos medos sociais característicos da fobia social interferem severamente com processos

[35] Conceito, Critérios de Diagnóstico e Epidemiologia

sociais ligados à oportunidade de conhecimento e estreitamento de relações com indivíduos do sexo oposto. Por outro lado, a existência de um comportamento social menos eficaz pode tomar os fóbicos sociais menos desejáveis em termos de casamento. Segundo Chapman (1993, citado em Chapman, Manuzza & Fyer, 1995), dados preliminares sugerem que os indivíduos com fobia social que casam tendem a casar com indivíduos com problemas semelhantes.

Idade de início da fobia social

Dados de estudos epidemiológicos e de amostras clínicas sugerem que, a fobia social se desenvolve cedo na vida do indivíduo, frequentemente antes ou durante a adolescência (Marks & Gelder, 1966; Öst, 1987; Magee, *et al.*, 1996; Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz & Weissman, 1992; Weissman *et al.*, 1996; Wittchen & Beloch, 1996).

A idade média de início situa-se entre os 15 e 16 anos, mas pode haver variações culturais na idade de início. Por exemplo, os resultados do Estudo Internacional Colaborativo (Weissman *et al.*, 1996), que envolveu quatro países (E.U.A., Canadá, Porto Rico e Coreia), mostram que a idade média de início da fobia social na amostra dos E.U.A. e do Canadá, 15.8 e 14.6 anos, respectivamente, é inferior à de Porto Rico e Coreia, 19.8 e 24.8 anos, respectivamente. Os resultados deste estudo mostram, ainda, que nos indivíduos com um diagnóstico de fobia social só 8 a 39% (nos quatro países do estudo) não possuía outro distúrbio psiquiátrico associado e, que habitualmente a fobia social surgia primeiro que o outro distúrbio associado (Weissman *et al.*, 1996).

O estudo epidemiológico de Schneier e cols. (1992), acima citado, revelou ainda outro aspecto interessante em relação à idade de início da fobia social. Neste estudo, a amostra de indivíduos com fobia social sem comorbilidade mostrava um padrão bimodal para a idade de início da fobia social. Os dois grupos maiores desta amostra relataram o início da fobia social quer antes dos 5 anos de idade (20 de 97, ou 21%), ou entre as idades de 11 a 15 anos (25 de 97, ou 26%). A constatação deste padrão bimodal está de acordo com a conceptualização desenvolvimental para a timidez de Buss (1980, 1986) que

[36] Capítulo 1

sugere a existência de dois subtipos de timidez: um de início precoce (durante o primeiro ano de vida), muito relacionado com características temperamentais de emocionalidade elevada e inibição comportamental, em que predominam os sintomas somáticos e inibição, a que chamou *timidez medrosa*, e um segundo tipo, de início mais tardio, cujas manifestações se acentuariam entre os 14-17 anos de idade e se caracterizaria por um predomínio de sintomas cognitivos, como auto-preocupações e um aumento desconfortável da consciência de si mesmo, a que chamou *timidez por consciência de si mesmo*. Embora não seja possível extrapolar os dados obtidos nos estudos com tímidos para a fobia social, dado que os dois conceitos não se equivalem (ver capítulo sobre timidez e fobia social), os dados obtidos no estudo de Schneier e cols. (1992) mostram que, em alguns casos, a fobia social se pode iniciar muito cedo.

Por outro lado, e como foi já atrás apontado, alguns estudos sugerem que os dois subtipos de fobia social se poderão distinguir na forma e idade de início das dificuldades, com o subtipo específico da fobia social (medo de falar em público) a mostrar-se associado a acontecimentos traumáticos e de início mais tardio que a fobia social generalizada que aparece, habitualmente, associada a uma história de timidez na infância (Townesley, 1992, citado em Mineka & Zinbarg, 1995; Stemberger *et al.*, 1995).

O início precoce da fobia social, antecedendo na maior parte dos casos o desenvolvimento de outros distúrbios psiquiátricos, chama a atenção para a necessidade de uma investigação mais cuidadosa acerca do papel desempenhado pela fobia social no desenvolvimento de outros distúrbios comórbidos. Dada a sua alta incidência, o diagnóstico e tratamento precoce da fobia social pode ser um importante meio de prevenção de outros distúrbios psiquiátricos. Por outro lado, o facto de apenas cerca de um terço dos fóbicos sociais receber qualquer tipo de tratamento para os seus sintomas (Magee *et al.*, 1996; Wittchen & Beloch, 1996), sendo esse tratamento, na maioria dos casos, prescrições de ansiolíticos ou beta-bloqueantes pelo clínico geral e raramente orientado por um psiquiatra

(Wittchen & Beloch, 1996), sugere que a fobia social é ainda pouco identificada como uma entidade clínica específica que necessita de tratamento adequado.

[37] Conceito, Critérios de Diagnóstico e Epidemiologia

Conclusões

Nos últimos dez anos assistiu-se a uma mudança importante na atitude dos investigadores e clínicos em relação à fobia social (distúrbio de ansiedade social).

Contrariando as ideias dominantes acerca da baixa prevalência e escassa importância clínica da fobia social, a investigação, gerada a partir dos anos oitenta, revelou que a fobia social é o mais frequente distúrbio ansioso, com uma prevalência ao longo do ciclo de vida da ordem dos 13%, o que o situa como o terceiro distúrbio psiquiátrico mais comum seguindo-se à depressão major e à dependência alcoólica. Estudos de prevalência, realizados em diversos países com culturas diferentes, mostram que a fobia social não é apenas um síndrome cultural representando um grau extremo do aspecto universal da ansiedade associada à interacção social nos humanos, embora factores culturais possam afectar a sua prevalência e variações na sua expressão clínica.

O seu início acontece mais frequentemente durante a infância e adolescência e evolui de uma forma crónica impondo severas limitações nas áreas escolar, profissional, social e afectiva. Em comparações com controlos normais, os fóbicos sociais têm mais probabilidade de serem solteiros, pertencerem a uma classe sócio-económica mais baixa, terem menos anos de escolaridade, serem financeiramente mais dependentes, apresentarem maior instabilidade no emprego e menor rendimento no trabalho, e possuírem um menor suporte social.

Embora os critérios de diagnóstico da fobia social tenham sofrido modificações ao longo das sucessivas revisões do DSM, futuras investigações serão necessárias para uma delimitação mais precisa das fronteiras de diagnóstico da fobia social com a agorafobia e o distúrbio de ansiedade generalizada.

Dos dois subtipos de fobia social descritos no DSM-IV, o mais frequente e grave é o subtipo generalizado, sendo o subtipo circunscrito pouco frequente em amostras clínicas. Esta situação dificulta a realização de estudos comparativos entre os dois subtipos, mas as diferenças encontradas entre os dois subtipos, ao nível de respostas fisiológicas, história familiar e forma de início, justificam a distinção

[38] Capítulo 1

entre os dois subtipos, sendo necessários mais estudos que comparem amostras representativas dos dois subtipos para um melhor esclarecimento de algumas inconsistências nas diferenças encontradas.

A investigação tem revelado, também, a necessidade de uma definição mais rigorosa dos subtipos de fobia social e a possível utilidade da introdução de um subtipo circunscrito e de um subtipo não-generalizado. Futuras investigações deverão ter estes aspectos em conta para um melhor esclarecimento da fobia social e dos seus factores etiológicos, clínicos e terapêuticos.

Referências

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Bland, R. C., Orn, H., & Newman, S. C. (1988). Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 24-32.
- Boone, M. L., McNeil, D. W., Masia, C. L., Turk, C. L., Carter, L. E., Ries, B.J., & Lewin, M. R. (1999). Multimodal comparisons of social phobias subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 271-292.
- Bridges, K. R., Sanderman, R., Ranchor, A., & Arrindel, W. A. (1991). Sex differences in assertiveness on the U.S. version of the Scale for Interpersonal Behavior (SIB). *Personality and Individual Differences*, 12, 1239-1243.
- Buss, A. H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco, CA: Freeman.
- Buss, A. H. (1986). A theory of shyness. In W. H. Jones, J. M. Cheek & S. R. Briggs (Eds.), *Shyness: Perspectives on research and treatment*. New York: Plenum Press.
- Canino, G. J., Bird, H. R., Shrout, P. E., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., Martinez, R., Sesman, M., & Guevara, L. M. (1987). The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 44, 727-735.
- Chapman, T. F. (1993). *Assortative mating and mental illness*. Unpublished doctoral dissertation, Yale University, New Haven, CT.
- Chapman, T. F., Mannuza, S., & Fyer, A. (1995). Epidemiology and Family Studies of Social Phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope and

[39] Conceito, Critérios de Diagnóstico e Epidemiologia

- F. R. Schneier (Eds), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. Guilford Press, New York.
- Davidson, J. R. T., Hughes, D. L., George, L. K., & Blazer D. G. (1993). The epidemiology of social phobia: Findings from the Duke Epidemiologic Catchment Area study. *Psychological Medicine*, 23, 709-718.
- Faravelli, C. B., Innocenti, G. D., & Giardinelli L. (1989). Epidemiology of anxiety disorders in Florence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 308-312.
- Heckelman, L. R., & Schneier, F. R. (1995). Diagnostic Issues. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope and F. R. Schneier (Eds), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. Guilford Press, New York.
- Heimberg, R. G., Holt, C. S., Schneier, F. R., Spitzer, R. L., & Liebowitz, M. R. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 249-269.

Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. A., & Becker, R. E. (1990). DSM-III-R subtypes of social phobia: Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 172-179.

Hofmann, S. G., & Roth, W. T. (1996). Issues related to social anxiety among controls in social phobia research. *Behavior Therapy*, 27, 79-91.

Hofmann, S. G., Gerlach, A. L., Wender, A., Roth, W. T. (1997). Speech disturbances and gaze behavior during public speaking in subtypes of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 573-585.

Hofmann, S. G., Newman, M. G., Ehlers, A., & Roth, W. T. (1995). Psychophysiological differences between subgroups of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 224-231.

Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 318-325.

Hope, D., Herbert, J. & White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive-behavioral group therapy for Social Phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 399-417.

Hwu, H., Yeh, E. K., & Chang, L. Y. (1989). Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 136-147.

Kessler, R. C., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eschleman, S., Wittchen, H.-U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.

Kessler, R. C., Stein, M. B., & Bergland, P. (1998). Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 155, 613-619.

Lee, C. K., Kwak, Y. S., Yamamoto, J., Rhee, H., Kim, Y. S., Han, J. H., Choi, J. O., & Lee, Y. H. (1990). Psychiatric epidemiology in Korea: I. Gender and

[40] Capítulo 1

age differences in Seoul. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 242-246.

Levin, A. P., Saoud, J. B., Strauman, T., Gorman, J. M., Fyer, A. J., Crawford, R., & Liebowitz, M. R. (1993). Response of "Generalized" and "discrete" social phobics during public speaking. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 207-221.

Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Moderns Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.

Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J., & Klein, A. F. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 729-736.

Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H-U, McGonagle, K. A., Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168.

Mannuzza, S., Fyer, A. J., Liebowitz, M. R., & Klein, D. F. (1990). Delineating the boundaries of social phobia: Its relationship to panic disorder and agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 41-59.

- Mannuzza, S., Schneier, F. R., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., Klein, D. F., & Fyer, A. J. (1995). Generalized social phobia: Reliability and validity. *Archives of General Psychiatry*, 52, 230-237.]
- Marks, I. M. (1985). Behavioral treatment of social phobia. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 615-618
- Marks, I. M., & Gelder, M. G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, 123,218-221.
- Marks, I. M. (1969). *Fears and Phobias*. London, Heinemann Medical.
- McNeil, D. W., Ries, B. J., Taylor, L. J., Boone, M. L., Carter, L. E., Turk, C. L., & Lewin, M. R. (1995). Comparison of social subtypes using Stroop tests. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 47-57.
- Öst, L. G. (1987). Age of onset in different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 223-229.
- Pollard, C. A., & Henderson, J. G. (1988). Four types of social phobia in a community sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 440-445.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Schneier, F. R., Liebowitz, M. R., Beidel, D., Fyer, A. J., George, M. S., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Klein, A. P., Lydiard, R. B., Mannuzza, S., Martin, L. Y., Nardi, E. G., Roscow, D. B., Spitzer, R. L., Turner, S. M., Uhde, T. W., Vasconcelos, I. L., & Versiani, M. (1996). Social phobia. In T. A. Widiger, A. J. Frances, H. A. Pincus, M. B. First, R. Ross, & W. Davis (Eds.), *DSM-IV, Source Book* (Vol. 2). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Forde, D. R. (1994). Setting diagnostic thresholds for

[41] Conceito, Critérios de Diagnóstico e Epidemiologia

- social phobia: considerations from a community survey of social anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 151,408-412.
- Turk C. L., Heimberg, R. G., Orsillo, S. M., Holt, C. S., Gitow, A., Street, L. L., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1998). An investigation of gender differences in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 209-223.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 326-331.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. & Keys, D. J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 389-394.
- Wacker, H. R., Mullejans, R., Klein, K. H., & Battegay R. (1992). Identification of cases of anxiety disorders and the affective disorders in the community according to ICD-10 and DSM-III-R by using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Psychiatric Research*, 2, 91-100.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Lee, C. K., Newman, S. C., Rubio-Stipec, M., & Wickramanate, P. J. (1996). The cross-national epidemiology of social

phobia: a preliminary report. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (suppl 3), 9-14.

Wells, J. E., Bushnell, J. A., Hombrow, A. R., Joyce, P. R., & Oakley-Browne, M. A. (1989). Christchurch Psychiatric Epidemiology Study: Methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23, 315-326.

Wittchen, H. U., & Belloch, E. (1996). The impact of social phobia on quality of life. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (suppl 3), 15-23.

[42]

[43]

Capítulo 2 **Apresentação Clínica**

José Pinto Gouveia

Joana, 25 anos de idade, casada, licenciada, veio à consulta por depressão que se tinha desenvolvido nos últimos seis meses. A sua história clínica revelou que desde a escola tinha um desconforto severo e incapacitante em situações sociais.

Apesar de ser uma técnica altamente competente na sua área, estava desempregada porque não suportava o desconforto de ir a uma entrevista para arranjar emprego e antecipava que sentiria um desconforto muito severo e insuportável se tivesse que trabalhar junto de outras pessoas e relacionar-se com superiores hierárquicos. Fazia alguns trabalhos técnicos em casa, à tarefa, mas tinha que ser o marido a ir entregá-los às firmas que tinham encomendado esse trabalho dado o seu evitamento em interagir com outras pessoas, e o receio que pudessem não avaliar o seu trabalho como suficientemente bem feito e se confrontasse com qualquer comentário crítico. Repetidas avaliações positivas do seu trabalho e sinais de completa satisfação, por parte das firmas para quem realizara trabalhos, não a tranquilizaram nem diminuíram o seu desconforto e evitamento dessas situações.

Outras actividades que implicassem interacções com estranhos eram sempre realizadas na companhia do marido, recusando-se a realizá-las sozinha dado o desconforto sentido. O seu isolamento social foi aumentando progressivamente, convivendo apenas com familiares e raros amigos de longa data. Qualquer sugestão do marido para procurar ajuda para as suas dificuldades era rejeitada por vergonha e desconforto em relatar as suas dificuldades ao psiquiatra que consultasse.

[44] Capítulo 2

O desenvolvimento de um episódio depressivo levou-a finalmente a decidir-se a ir a uma consulta, mas não sem exigir que o marido fosse primeiro conhecer o psiquiatra que escolhera, e avaliasse se ele era simpático e alguém que a não julgasse negativamente pelas suas dificuldades.

Manuela, 23 anos de idade, solteira, é estudante universitária de uma licenciatura que tem aulas práticas em que necessita de efectuar procedimentos técnicos com aparelhos da especialidade. Vem à consulta por rendimento escolar inferior às suas expectativas (apesar de nunca ter reprovado nenhum ano) e por dificuldades de relacionamento com os pais e colegas. Durante a entrevista relata as suas dificuldades em realizar algumas tarefas do dia a dia como: tratar de assuntos em bancos ou repartições públicas, usar o cartão do multibanco, utilizar cacifos, aparelhos como televisores, videogravadores ou telemóveis, com medo de se poder enganar. Nessas situações fica tensa com receio que os outros a observem, e surgem pensamentos do tipo: "os outros vão achar que sou burra por não saber utilizar coisas tão simples"; "vão gozar-me"; "vão olhar todos para mim e ver que sou uma incompetente e incapaz". O desconforto intenso que estes pensamentos originam leva-a a evitar esse tipo de situações. Quando tem que intervir numa aula, ou realizar qualquer trabalho prático, receia fazer figura de parva, ser gozada pelos colegas ou avaliada como incapaz e ignorante. Nessas alturas decide que "o melhor é calar-me antes que diga asneiras".

Refere-se ao seu medo de errar dizendo: "o erro faz-me sentir mal, mais pelo que os outros possam pensar do que por mim". Do mesmo modo, situações como falar uma língua estrangeira ou mesmo tossir numa aula despertam elevada ansiedade. Quando tem que fazer um exame oral, tem muita dificuldade em se concentrar no estudo pois é constantemente assaltada por pensamentos de que o professor vai gozar com a sua ignorância.

Também, em situações de convívio social, tem dificuldade em manter conversas com colegas e desconhecidos com receio de parecer pouco culta e desinteressante, pensando que os outros vão rir ou gozar consigo. Em todas estas situações que receia, limita-se a ser uma

[45] Apresentação Clínica

espectadora passiva, tenta parecer à vontade, olha distraidamente para o lado e desvia o olhar das pessoas com quem está a interagir.

Sente-se frequentemente triste, sozinha, sem vontade de fazer nada e desinteressada por períodos que não ultrapassam uma semana.

Vítor, 22 anos de idade, solteiro, estudante, apresenta-se na consulta tenso e inquieto. Começa por referir queixas vagas de insatisfação com a vida até chegar ao assunto que motivou a sua consulta e que, segundo ele, o impede de ter uma vida normal: a sua incapacidade de urinar, quando sente que pode ser observado ou ouvido a urinar por alguém. De início, a dificuldade em urinar existia só em quartos de banho públicos, mas gradualmente foi-se alargando e, actualmente, mesmo em casa, só urina facilmente se souber que não está mais ninguém em casa. O facto de poder fechar a porta do quarto de banho à chave não diminui o seu desconforto. Como resultado desta situação, a sua vida sofreu acentuadas limitações sendo organizada em função das suas dificuldades e, nas mais diversas situações, sente-se frequentemente invadido pelo medo de ter necessidade de urinar.

Características Clínicas

Vítor tem um subtipo de fobia social não-generalizada, paruresis, também por vezes nomeada em linguagem comum como "bexiga envergonhada".

Manuela e Joana têm uma fobia social generalizada. As suas dificuldades ilustram bem o aspecto central da fobia social: o medo de não causar uma impressão positiva ou de ser avaliado negativamente pelos outros em situações sociais. A sua hipersensibilidade ao escrutínio dos outros faz com que a Manuela e a Joana, quando fora do seu círculo de segurança familiar, se sintam permanentemente observadas e avaliadas pelos outros, com uma elevada consciência de si mesmo que origina um desconforto severo. Situações aparentemente triviais tomam-se desconfortáveis devido a um estado de vigilância permanente, avaliação e comparação com os outros, como tentativa de se protegerem de avaliações negativas que as fariam sentir inferiores e desvalorizadas. Em situações sociais percebem-se

[46] Capítulo 2

como um objecto social exposto à observação e julgamento dos outros. Outros esses, que tendem a encarar como hipercríticos, predispostos a mostrar a sua superioridade e a humilhá-las.

Usualmente as situações receadas pelos fóbicos sociais envolvem a interacção com pessoas que não lhes são familiares ou situações em que se sentem expostos a um possível escrutínio pelos outros. Quando confrontado com este tipo de situações, o fóbico social experimenta um medo intenso de fazer uma "triste figura" ou de se comportar de uma forma humilhante que diminua o seu estatuto social ou auto-estima. O medo experimentado nestas situações e as suas manifestações somáticas e cognitivas são frequentemente reinterpretados como fonte de ameaça, dado que a possível percepção pelos outros dos seus sintomas de ansiedade é encarada como fonte de humilhação ou de diminuição pessoal. Como resultado, desenvolve-se uma intensa ansiedade antecipatória em relação a este tipo de situações que pode levar ao seu evitamento sistemático. Quer pelo desconforto sentido nesse tipo de situações e que interfere com o seu desempenho, quer pelo evitamento das situações receadas, a vida profissional, social e afectiva dos indivíduos com fobia social fica severamente limitada. No caso da Joana, o evitamento interferia de forma muito negativa nas áreas de vida profissional e social tendo contribuído para a sua vulnerabilidade de desenvolver um episódio depressivo.

Embora exista uma larga variabilidade na apresentação clínica da fobia social (distúrbio de ansiedade social), uma história clínica cuidadosa permite usualmente identificar a existência de desconforto ou medo acentuado num conjunto de situações sociais, que se traduz em níveis elevados de ansiedade quando o indivíduo antecipa ou se confronta com essas situações. É aconselhável que o clínico não limite o seu interrogatório à queixa principal do doente, mas pesquise as suas emoções e comportamentos num vasto conjunto de situações sociais, pois só assim poderá obter uma avaliação adequada das dificuldades existentes.

Como consequência dos altos níveis de ansiedade e desconforto sentidos nas situações sociais receadas, os fóbicos sociais tendem a organizar a sua vida de forma a

evitarem essas situações, o que frequentemente origina limitações severas na sua vida social, profissional e afectiva.

[47] Apresentação Clínica

O quadro clínico diferirá consoante se trate de uma fobia social do subtipo não-generalizado ou do subtipo generalizado. Como foi já atrás apontado, o subtipo não-generalizado envolve o receio de apenas uma ou duas situações sendo por isso, por vezes, designado como fobia social específica ou de desempenho.

Neste caso, a situação mais frequentemente receada é falar perante uma audiência. O medo de se comportar de uma forma embaraçosa ou humilhante, de revelar sinais de ansiedade como tremer, corar ou gaguejar paralisa estes doentes e gera uma enorme ansiedade antecipatória.

Outras situações frequentemente receadas no subtipo não-generalizado são: comer em público (pelo medo de se engasgar e vomitar), beber em público (medo de tremer com o copo, ou de se engasgar) escrever em público (medo de tremer) ou, como no caso do Vítor, incapacidade de urinar em quartos de banho públicos - *paruresis* (por medo de ser ouvido ou observado a urinar).

O medo de escrever em público representa o terceiro medo mais frequente entre os fóbicos sociais. Para estes doentes, actividades como assinar o talão do cartão de crédito, passar um cheque, assinar uma ficha de hotel, assinar um contrato tomam-se um tormento, centrando-se toda a sua atenção nas mãos e no medo de ser observado a tremer ou com dificuldade em fazer as letras bem feitas ou, ainda, de ficar bloqueado e não ser capaz de escrever. O medo de comer ou beber em público (e, por vezes, mesmo na própria casa se houver visitas) está associado ao receio de deixar cair a comida ou a bebida, que as mãos tremam visivelmente, de se engasgar ou vomitar. Quanto mais o doente valoriza socialmente as pessoas com quem está a comer ou a beber, maior é o seu desconforto e medo que tal aconteça. Em muitos casos utilizam complexos comportamentos de segurança com os quais tentam proteger-se dos seus receios. Todos estes medos de desempenho estão associados ao medo que os outros os avaliem negativamente se os comportamentos, que receiam, acontecerem experimentando, isso, como profundamente humilhante e diminuidor do seu estatuto social ou pessoal.

No entanto, cerca de dois terços dos doentes com fobia social receiam três ou mais situações pertencendo, assim, ao subtipo generalizado

[48] Capítulo 2

do DSM-IV (Schneier *et al.*, 1996), receando não só situações de desempenho social como as acima referidas, como situações de interacção social: ser apresentado a desconhecidos, participar em actividades de grupo, conviver com desconhecidos em qualquer contexto, falar com figuras de autoridade ou com membros do sexo oposto. Como se compreende, dada a natureza e o número de situações receadas, a fobia social generalizada representa um quadro clínico de maior severidade e origina uma maior incapacitação que o subtipo específico.

A distinção entre situações de desempenho social (falar em público, comer em público, ser observado enquanto trabalha) e situações de interacção social (conviver com desconhecidos, participar em grupos) é clássica na literatura sobre fobia social, e vários autores têm sugerido que os fóbicos sociais podem ser agrupados em função do tipo de situações que receiam (Liebowitz, 1987; Turner *et al.*, 1992) formando dois subtipos de fobia social: fobia social de desempenho, constituído pelos indivíduos que receiam predominantemente situações de desempenho social, e fobia social de interacção, constituído pelos indivíduos que receiam predominantemente situações de interacção social.

No entanto, o apoio empírico a esta distinção é pouco conclusivo, pois a análise factorial do questionário de situações receadas de Liebowitz (Liebowitz, 1987) que engloba os dois tipos de situações, não permitiu a identificação de uma estrutura factorial que diferencie estas duas dimensões (Slavkin *et al.*, 1990, citado em Rapee, 1995).

Como foi já referido, o agrupamento dos fóbicos sociais em função do número de situações receadas, que está na base dos dois subtipos de fobia social do DSM-IV - Subtipo generalizado e Subtipo específico, circunscrito ou de desempenho - tem recebido um maior apoio empírico à sua validade, embora os dados apontem mais para diferenças quantitativas que qualitativas entre os dois subtipos.

A ansiedade experimentada pelos fóbicos sociais nas situações que receiam manifesta-se a nível somático, cognitivo e comportamental.

Sintomas somáticos

Os sintomas físicos de ansiedade experimentados nessas situações são semelhantes aos dos outros distúrbios ansiosos, embora os

[49] Apresentação Clínica

indivíduos com fobia social tendam a recear especialmente o tremor, o rubor, a sudação e a tensão muscular. Turner e cols. (1989) compararam fóbicos sociais e controlos normais em relação aos sintomas somáticos mais frequentemente experimentados em situações sociais. Duma lista de dez sintomas somáticos, os sintomas que os fóbicos sociais relataram ocorrer com uma frequência significativamente maior que os controlos normais foram: palpitações cardíacas, sudação, rubor, tremor e urgência de micção.

Característico dos fóbicos sociais é acreditarem erroneamente que esses sintomas são de grande visibilidade para os outros (Bruch *et al.*, 1989; McEwan *et al.*, 1983) e que conduzem a avaliações negativas pelos outros, sendo interpretados como um sinal de insegurança ou timidez. No sentido de tentarem diminuir a visibilidade destes sintomas, muitos fóbicos sociais desenvolvem um conjunto de comportamentos destinados a disfarçá-los, habitualmente designados como comportamentos de segurança. A identificação destes comportamentos de segurança é importante de um ponto de vista clínico, dado constituírem um factor importante de manutenção da fobia social, por diversas razões que serão explicitadas mais à frente (ver capítulo Modelos Teóricos).

Num estudo laboratorial dos parâmetros fisiológicos, durante um discurso improvisado, os fóbicos sociais, quando comparados com controlos normais, mostraram aumentos significativamente mais elevados da pressão sistólica, mas não um aumento da

frequência cardíaca (Turner, Beidel e Larkin, 1986). No entanto, outros estudos que investigaram a activação cardio-vascular, comparando os dois subtipos de fobia social e controlos normais, verificaram que os indivíduos com o subtipo específico de fobia social mostravam um aumento de frequência cardíaca superior aos indivíduos com fobia social generalizada (Heimberg *et al.*, 1990; Hofmann *et al.*, 1995; Levin *et al.*, 1993) e aos controlos normais.

Aspectos cognitivos

O conteúdo do pensamento do fóxico social, quando confrontado com uma situação social receada, é dominado por temas de fracasso,

[50] Capítulo 2

falta de competências necessárias para originar uma impressão positiva, preocupações com a aparência e com a possibilidade de ser avaliado negativamente (Dodge, Hope, Heimberg, & Becker, 1988; Stopa & Clark, 1993; Turner, Beidel, & Larkin, 1986). É frequente a ocorrência espontânea de imagens negativas e distorcidas de si mesmo, em que se vêem a partir duma perspectiva de observador, como foi verificado no estudo de Hackman, Surawy e Clark (1998). Estes autores investigaram a ocorrência de imagens espontâneas em situações sociais que despertam ansiedade, em 30 fóxicos sociais e 30 controlos normais. Utilizaram uma entrevista semi-estruturada que avaliava a ocorrência de imagens espontâneas, a sua frequência, a sua valência emocional e se traduziam uma perspectiva de observador ou de campo. Verificaram que os fóxicos sociais relatavam significativamente mais ocorrências de imagens quando ansiosos em situações sociais, que os controlos. Além disso, as imagens dos fóxicos sociais, quando comparadas com as dos controlos normais, eram significativamente mais negativas e envolviam, mais frequentemente, verem-se a si mesmos a partir duma perspectiva de observador. As descrições feitas por alguns fóxicos sociais destas imagens espontâneas são bem elucidativas da sua natureza negativa e distorcida. Por exemplo, um fóxico social, cujo principal receio era parecer estúpido e aborrecido, descreveu assim uma imagem que lhe tinha ocorrido durante uma situação social no trabalho: "Vejo-me com aspecto de culpado, nervoso, ansioso, embaraçado. Sobressai a minha face, distorcida, intensificada, nariz grande, queixo fraco, orelhas grandes e face vermelha. A minha postura corporal é desajeitada, uma postura corporal introvertida, virada para mim mesmo. Pareço estúpido, sem pronunciar ou comunicar bem" (Hackman, Surawy, & Clark, 1998, p. 9).

Ao nível dos processos cognitivos, a atenção é auto-focada (Hope, Heimberg & Klein, 1990) e há um aumento da consciência de si mesmo, o que amplifica a percepção da sua ansiedade e desconforto e diminui a atenção disponível para os estímulos exteriores relacionados com a situação. Alguns doentes com níveis muito elevados de ansiedade referem por vezes uma experiência de "bloqueio ou vazio mental", traduzindo a sua dificuldade em focar a atenção na tarefa social, ou a ocorrência de imagens espontâneas do tipo atrás referido.

[51] Apresentação Clínica

Os aspectos da auto-percepção dos fóbicos sociais, atrás referidos têm sido investigados em diversos estudos. Trata-se, aqui, de saber os fóbicos sociais têm uma percepção correcta de si mesmos quando são confrontados com uma tarefa social que lhes desperta ansiedade, e em que medida avaliam correctamente o seu desempenho social. De uma forma geral, os dados empíricos apoiam a noção que os fóbicos sociais mostram enviesamentos negativos na auto-percepção.

Em relação à percepção de si mesmo durante a situação social que lhes desperta ansiedade, os estudos realizados em doentes com o diagnóstico de fobia social segundo o DSM-III-R, mostram de forma consistente que os ansiosos ou fóbicos sociais se envolvem em maior grau em pensamentos auto-avaliativos negativos que os controlos normais ou com outros distúrbios ansiosos (Hackman, Surawy & Clark, 1998; Stopa & Clark, 1993; Turner, Beidel, & Larkin, 1986), e que existe uma correlação significativa entre a frequência das auto-avaliações negativas durante a interacção e a severidade da fobia social avaliada clinicamente (Dodge, Hope, Heimberg, & Becker, 1988).

Do mesmo modo, em relação às expectativas acerca de futuras interacções sociais, os fóbicos sociais revelam possuir expectativas mais negativas acerca das consequências sociais de futuras interacções que os controlos normais (Lucock & Salkovskis, 1988).

Quanto à avaliação do seu desempenho na tarefa social em estudo, as investigações que utilizaram painéis de avaliadores independentes, para classificação do desempenho social e posterior comparação com as auto-avaliações dos ansiosos sociais ou fóbicos sociais, obtiveram resultados mistos, com a maioria dos estudos a sugerir que nos fóbicos sociais há uma distorção negativa na auto-percepção do seu desempenho social, e um estudo que não revelou diferenças entre a avaliação dos observadores e auto-avaliação dos ansiosos sociais. Analisaremos brevemente estes estudos, diferenciando os estudos realizados em estudantes ansiosos sociais dos estudos realizados em doentes fóbicos sociais, dado que eles têm implicações diferentes.

Dos estudos realizados em estudantes, dois estudos (Clark & Arkowitz, 1975; Glasgow & Arkowitz, 1975) verificaram que, em relação às avaliações dos observadores, os estudantes ansiosos sociais avaliavam o seu desempenho de forma mais negativa que os estudantes

[52] Capítulo 2

sem ansiedade social, numa tarefa de interacção social com colegas do sexo oposto. Resultados diferentes foram obtidos no estudo de Strahan & Conger (1998), que comparou o desempenho social e a auto-avaliação desse desempenho, numa tarefa de *role-play* que simulava uma entrevista para obter emprego, em dois grupos de estudantes com ansiedade social elevada e com ansiedade social baixa. Um painel de observadores classificava, também, o desempenho dos dois grupos na tarefa em estudo. Verificaram que, em relação à classificação do painel de observadores, os estudantes com ansiedade social elevada não avaliavam o seu desempenho de forma mais negativa que os indivíduos com ansiedade social baixa, não mostrando, assim, um efeito da ansiedade elevada na auto-avaliação. Encontraram, porém, um efeito do nível de competência social do indivíduo na auto-avaliação do seu desempenho: os indivíduos com baixa competência social faziam

avaliações mais positivas do seu desempenho e viam apenas pequenas variações entre as suas respostas às diferentes questões; os indivíduos com elevada competência social faziam avaliações mais negativas do seu próprio desempenho que os observadores, e realizavam discriminações mais finas entre as respostas verbais.

Dos estudos realizados em fóbicos sociais, o estudo de Rapee e Lim (1992) comparou 28 fóbicos sociais com um grupo de 33 controlos normais, na avaliação do seu desempenho em relação à avaliação de um painel de observadores, numa tarefa que consistiu na realização de um curto discurso improvisado para uma pequena audiência. Os resultados mostraram que os fóbicos sociais avaliavam o seu desempenho global de forma mais negativa que os observadores, o que não acontecia com os controlos normais. Curiosamente, a discrepância na avaliação dos fóbicos sociais e dos observadores manifestava-se na avaliação do desempenho global, mas não em relação à avaliação de comportamentos específicos (tom de voz, contacto visual com a audiência).

Stopa e Clark (1993) utilizaram uma amostra constituída por fóbicos sociais, doentes ansiosos e controlos normais, aos quais era pedido que tivessem uma conversa breve com uma mulher atraente (à qual foi pedido que se comportasse de forma reservada mas não hostil). Após a conversa, os indivíduos identificavam os seus pensamentos

[53] Apresentação Clínica

durante a conversa e avaliavam o seu desempenho em relação a um conjunto de comportamentos positivos e negativos durante a conversa. Observadores independentes classificavam os mesmos comportamentos. Os observadores classificaram os fóbicos sociais de forma mais negativa que os outros doentes ansiosos e os controlos normais, mas os fóbicos sociais avaliaram-se de forma ainda mais negativa que os observadores, mostrando-se esta discrepância significativamente maior que para os controlos.

Finalmente, Tran e Chambless (1995) utilizaram uma amostra de fóbicos sociais a quem foi pedido para participarem em duas situações de *role-play*: interação social com uma desconhecida e um curto discurso para uma audiência. A comparação das avaliações de desempenho dos fóbicos sociais com as avaliações realizadas por observadores independentes mostrou que, a auto-avaliação dos fóbicos sociais era significativamente mais negativa que a dos observadores para a situação de conversação, não se revelando diferenças na situação do discurso para uma audiência.

A análise global dos resultados obtidos nestes estudos sugere a existência de um enviezamento cognitivo nos fóbicos sociais que, em comparação com a avaliação de painéis de observadores, tendem a avaliar mais negativamente o seu desempenho que os controlos normais, ou controlos com outros distúrbios ansiosos. No entanto, este enviezamento parece ser de grau moderado, dado que em alguns estudos só se manifesta para a auto-avaliação global e não para comportamentos específicos, como avaliação do tom de voz ou contacto visual (Rapee & Lim, 1992).

O tipo de tarefa social a desempenhar pode, também, influenciar esta auto-avaliação negativa, verificando-se que esta ocorre de forma mais consistente em situações de interação com indivíduos do sexo oposto (Clark & Arkowitz, 1975; Glasgow & Arkowitz, 1975; Stopa & Clark, 1993; Tran & Chambless 1995), e de forma menos consistente em tarefas de falar perante uma pequena audiência, com um estudo a verificar a existência de

auto-avaliação negativa (Rapee & Lim, 1992) e outro estudo a não encontrar diferenças entre a auto-avaliação dos ansiosos sociais e a dos observadores (Strahan & Conger, 1998). O facto de este último estudo ter sido realizado em estudantes ansiosos

[54] Capítulo 2

sociais, e não em fóbicos sociais, sugere alguma cautela na interpretação dos resultados obtidos.

Finalmente, o estudo de Strahan e Conger (1988) levanta a hipótese de a auto-avaliação do desempenho estar mais relacionada com o nível de competência social do indivíduo que com o seu nível de ansiedade social, com os estudantes com melhores competências sociais a tenderem a avaliar o seu desempenho de forma mais negativa que os observadores, acontecendo o inverso nos estudantes com competências sociais fracas. Este dado, que necessita de confirmação em estudos com fóbicos sociais, sugere a necessidade de controlar o nível de competências sociais na avaliação da auto-percepção dos fóbicos sociais.

Desempenho Social

A relação entre fobia social e desempenho social é complexa e não está ainda totalmente esclarecida.

De uma forma geral é comum a literatura referir que os fóbicos sociais mostram um desempenho social menos competente que os indivíduos sem ansiedade social. Esta asserção está na base da hipótese explicativa da ansiedade social como resultado da existência de um défice de competências sociais (Trower *et al.*, 1978). O fraco desempenho social daí resultante, originaria consequências sociais indesejáveis e avaliação negativa pelos outros, que conduziria ao embaraço e desconforto em situações sociais, característico dos fóbicos sociais. O ansioso social aprenderia que não é socialmente competente, e não praticaria as competências sociais existentes no seu repertório agravando o seu problema. No entanto, o apoio empírico a esta hipótese é escasso, e os resultados dos estudos que investigaram as competências sociais de indivíduos com ansiedade social elevada, apresentam resultados mistos, e por vezes contraditórios, fornecendo um modesto suporte à afirmação de que os indivíduos com fobia social mostram um desempenho social menos eficaz que os indivíduos sem ansiedade social.

Estudos iniciais de Twentyman e McFall (1975) e Pilkonis (1977), realizados em indivíduos com ansiedade social, verificaram que

[55] Apresentação Clínica

quando comparados com controlos sem ansiedade social numa tarefa de interação social, o desempenho social dos ansiosos sociais era avaliado por observadores independentes como menos competente num conjunto de indicadores de desempenho social. Resultados que apoiam uma influência negativa da ansiedade social no desempenho social foram também obtidos por Stopa e Clark (1993), no estudo acima descrito, e que mostrou que os

observadores classificaram o desempenho social dos fóbicos sociais de forma mais negativa que os outros doentes ansiosos e os controlos normais.

Resultados contrários foram obtidos nos estudos de Clark e Arkowitz (1975) e Glasgow e Arkowitz (1975) realizados em estudantes, em que não se verificaram diferenças entre estudantes com ansiedade social e de controlos sem ansiedade social no desempenho numa tarefa de interação social com um colega do sexo oposto, avaliada por observadores independentes. No entanto, em relação às avaliações dos observadores independentes, os estudantes ansiosos sociais avaliavam o seu desempenho de forma mais negativa que os estudantes sem ansiedade social.

No mesmo sentido vão os resultados encontrados no estudo de Rapee e Lim (1992) em fóbicos sociais. Estes autores utilizaram uma amostra de 28 fóbicos sociais e 33 controlos normais, pedindo-lhes que fizessem um curto discurso para uma audiência. Em seguida era pedido que auto-avaliassem a sua execução e essa avaliação era comparada com a avaliação realizada por observadores independentes. Os resultados mostraram que as avaliações dos observadores para o desempenho global na tarefa era semelhante para os dois grupos, mas que os fóbicos sociais avaliavam o seu desempenho global de forma mais negativa que os observadores, o que não acontecia com os controlos normais.

Possíveis explicações para estes resultados aparentemente contraditórios poderão estar relacionadas com o tipo de população em estudo, o tipo de tarefa social em estudo e com o tipo de indicadores de competência social avaliado. O estudo de Beidel, Turner e Dancu (1985) é um bom exemplo da influência do tipo de tarefa avaliada nos resultados. Estes autores verificaram que um grupo de ansiosos sociais se mostrou com menores competências sociais globais que o grupo de

[56] Capítulo 2

controlo de não ansiosos, durante uma interação social com pessoas do sexo oposto. No entanto, não havia diferenças significativas na avaliação pelos observadores dos dois grupos para o nível de ansiedade, competências mostradas na interação com indivíduos do mesmo sexo, e competências num discurso de improviso. O grupo com ansiedade social classificava-se a si mesmo como mais ansioso durante todas as tarefas, mas menos competente apenas na interação com o sexo oposto. Poderá assim acontecer que, a existirem, os défices de competências sociais dos fóbicos sociais sejam mais identificáveis em determinadas tarefas de interação social do que em outras.

Uma outra alternativa de explicação é a possibilidade de o défice de competências sociais existir em alguns fóbicos sociais, mas não em outros. Marks em 1985 descreveu dois grupos de fóbicos sociais, um grupo a que rotulou de fóbicos sociais puros e que não apresentavam défices de competências sociais, e um segundo grupo, que apresentava défices de competências sociais, em que predominavam indivíduos que preenchiam os critérios para o distúrbio evitante de personalidade. Esta relação entre défices de competências sociais e distúrbio evitante de personalidade é apoiada pelo estudo de Turner e cols. (1986), ao verificarem que os doentes com o diagnóstico de fobia social eram avaliados por observadores independentes como tendo, na sua generalidade, mais competências sociais, e especificamente avaliações mais positivas em relação ao tom de

voz e contacto visual durante as interacções sociais, que os indivíduos com distúrbio evitante de personalidade.

Um estudo recente de Strahan e Conger (1998) sugere que as competências sociais poderão ser independentes do nível de ansiedade experimentado na situação social. Os autores investigaram em que medida os ansiosos sociais mostravam défices de desempenho numa tarefa social e de que forma a sua ansiedade e competência social se relacionava com as avaliações que faziam acerca do seu desempenho e do desempenho dos outros. A amostra foi constituída por 27 homens com ansiedade social elevada e 26 homens com ansiedade social baixa, seleccionados a partir da pontuação obtida no *Social Phobia and Anxiety Inventory* (SPAI; Turner *et al.*, 1989). Os indivíduos com ansiedade social elevada tinham pontuações no SPAI do mesmo nível da

[57] Apresentação Clínica

pontuação que é habitualmente obtida pelos indivíduos com o diagnóstico de fobia social. Avaliações de um painel de juízes foram utilizadas para comparar homens com ansiedade social alta e baixa nos seus desempenhos numa entrevista para emprego simulada. Os participantes no estudo visionavam as *videotapes* do seu desempenho e dos outros, e, classificavam o desempenho para o conteúdo, fluência, comportamento não verbal e competência global. Os resultados mostraram que, contrariamente ao esperado por um modelo de défice de desempenho, níveis altos de ansiedade não tinham um efeito prejudicial no desempenho dos participantes, ou na sua capacidade de avaliar o seu próprio desempenho. Em contraste, a competência avaliada por observadores mostrou-se relacionada com um conjunto de efeitos significativos para as tarefas de avaliação social. Os indivíduos com baixa competência social faziam avaliações mais positivas do seu desempenho que os observadores, e viam apenas pequenas variações entre as suas respostas às diferentes questões. Os indivíduos com elevada competência social faziam avaliações mais negativas do seu próprio desempenho que os observadores, e realizavam discriminações mais finas entre as respostas verbais.

Os resultados deste estudo, em conjugação com os estudos anteriores revistos, sugerem que os fóbicos sociais não possuem necessariamente baixas competências sociais, e que as competências sociais poderão ser independentes do nível de ansiedade experimentado. Mesmo nos estudos que revelaram um pior desempenho social dos ansiosos sociais, fica por responder a questão de saber se esse fraco desempenho corresponde a baixas competências sociais, ou se estas seriam inibidas pelos elevados níveis de ansiedade (por activação ansiosa ou atenção auto-focada), como sugerem os resultados do estudo de Stopa e Clark (1993), embora os resultados do estudo de Strahan e Conger (1998) não apoiem um modelo de inibição por elevados níveis de ansiedade, ao mostrarem que o desempenho social dos indivíduos com ansiedade social elevada não se diferenciava do desempenho dos indivíduos com ansiedade baixa.

Também o resultado de estudos que mostram uma diminuição de ansiedade social entre os indivíduos que receberam treino de competências sociais (Kindness & Newton, 1984; Stravynski, Grey & Elie,

[58] Capítulo 2

1987) não apoia um modelo de défice de competências sociais para a ansiedade social, dado que o treino de competências sociais utiliza largamente a exposição, e esta, só por si, é eficaz na redução da ansiedade (Feske & Chambless, 1995).

A inconsistência dos resultados obtidos nos estudos que avaliaram as competências sociais em ansiosos sociais ou em fóbicos sociais, segundo os critérios do DSM-III-R, apoia em nosso parecer a possibilidade de o défice de competências sociais só existir em alguns fóbicos sociais e em determinados tipos de interacção social, o que estaria de acordo com a nossa experiência clínica, em que é frequente ver fóbicos sociais com excelentes competências sociais e fóbicos sociais com claros défices de desempenho social.

Mais consistentes são os resultados dos estudos que apontam para a existência frequente de défices de competências sociais nos indivíduos com o diagnóstico de distúrbio evitante de personalidade (Marks, 1985; Turner *et al.*, 1986).

A possibilidade de o desempenho social ser independente do grau de ansiedade social pode ter, no entanto, importantes implicações terapêuticas, e justifica que as competências sociais dos fóbicos sociais sejam avaliadas de forma independente do seu grau de ansiedade. No caso dos fóbicos sociais com boas competências sociais, a redução da sua ansiedade social avaliativa poderá diminuir a sua percepção de inadequação por distorção cognitiva e irá permitir um melhor aproveitamento das competências já existentes no seu repertório de comportamentos sociais, enquanto em fóbicos sociais com competências sociais fracas ou inadequadas, a redução da sua ansiedade avaliativa poderá não melhorar o seu desempenho social ou mesmo facilitar a utilização de competências sociais inadequadas já existentes. Neste último caso, justifica-se uma avaliação cuidadosa das competências sociais do doente e um debate com este acerca da utilidade de um treino de competências sociais.

Um último aspecto que merece um comentário é a constatação por Strahan e Conger (1998) no estudo atrás citado, que os indivíduos com elevada ansiedade social não mostram défices de desempenho social quando comparados com indivíduos com baixa ansiedade social. Embora este resultado esteja em desacordo com o estudo de

[59] Apresentação Clínica

Stoppa e Clark (1993), e nele não tenha sido incluído um grupo de controlo pelo qual aferir as competências sociais de ambos os grupos, numa perspectiva de processamento de informação este resultado não deixa de ser intrigante. Como apontam Strahan e Conger (1998), não é fácil compreender que num indivíduo com ansiedade social, no contexto de uma interacção social que lhe desperta elevada ansiedade e cuja corrente de pensamento é dominada por pensamentos negativos acerca da sua avaliação pelos outros e da sua inadequação social, esses pensamentos não interfiram com o seu desempenho social. Ao tentar explicar este resultado os autores sugerem três possíveis interpretações:

Primeiro, pode acontecer que os pensamentos dos indivíduos com ansiedade social elevada se tenham tomado tão automáticos que consumam apenas quantidades negligíveis da capacidade de processamento. Se assim for, então pelo menos alguns dos ansiosos sociais encontraram forma de lidar com a sua ansiedade, embora ainda relatem que ela lhes causa desconforto e afecta o seu comportamento social. Segundo, pode ser possível que os

participantes se sintam ansiosos antes e depois da entrevista, mas que as exigências de focar a atenção na tarefa social desliguem ou substituam a sua ansiedade social no período de duração da tarefa. Uma terceira possibilidade, é sugerida por trabalhos recentes acerca dos efeitos da activação no desempenho, que recomenda que os factores cognitivos, especialmente a ansiedade subjectiva, necessitam de ser incluídas num modelo de interacção de três vias, com a activação e o desempenho (Strahan & Conger, 1998, p. 302).

Na avaliação destas explicações há que ter em conta que este estudo foi realizado em estudantes, e não em fóbicos sociais, que procuraram tratamento para as suas dificuldades. A primeira e a segunda hipóteses estão de acordo com o que seria de esperar em função do modelo cognitivo da fobia social (ver capítulo Modelos Teóricos).

Segundo este modelo, será de esperar que, a diferença entre ansiosos sociais ou tímidos em que não há uma interferência severa a ansiedade social no seu funcionamento social e os fóbicos sociais que por critério diagnóstico há uma interferência severa no funcionamento social, resida precisamente no foco de atenção durante a tarefa social.

[60] Capítulo 2

Os primeiros, embora ansiosos focariam a sua atenção na tarefa social o que contribuiria para que o seu desempenho social não seja significativamente afectado, enquanto nos fóbicos sociais tal não aconteceria, pois tendem a focar a atenção em si mesmos, monitorizando os seus sinais somáticos de ansiedade e o seu desempenho, com a consequente interferência no seu desempenho social.

Qualidade de Vida e Limitações Associadas à Fobia Social

O medo e o evitamento experimentado pelos fóbicos sociais em relação a situações sociais nas áreas do trabalho, convívio social e afectiva tem com frequência uma enorme repercussão negativa sobre diversos aspectos da sua qualidade de vida. Por estas razões, quando comparados com controlos normais, os fóbicos sociais são mais frequentemente: solteiros, divorciados ou separados, possuem menos anos de escolaridade, são financeiramente mais dependentes, referem mais ideação suicida (Davidson *et al.*, 1993; Schneier *et al.*, 1992; Wittchen & Belloch, 1996), vivem mais isolados, mudam mais vezes de emprego e mostram menor produtividade no emprego (Davidson *et al.*, 1993).

Wittchen e Belloch (1996) investigaram o impacto da fobia social na qualidade de vida de 65 indivíduos com fobia social pura (sem outros distúrbios comórbidos) que compararam com um grupo de controlo ajustado para o sexo e idade, de 65 indivíduos com infecções herpéticas. Verificaram que os fóbicos sociais tinham uma qualidade de vida significativamente inferior aos controlos, nas áreas de vitalidade, saúde geral, saúde mental, limitações devido à saúde emocional e funcionamento social; a produtividade no trabalho estava também significativamente diminuída nos fóbicos sociais, com uma taxa de desemprego três vezes superior aos controlos e maior número de horas de trabalho perdidas, devido a problemas com a fobia social.

Gelernter *et al.* (1992), utilizaram a Escala de Incapacitação de Sheehan (SDS; Sheehan, 1984) para compararem fóbicos sociais com doentes com distúrbio de pânico,

tendo verificado que os fóbicos sociais referiam mais incapacidade funcional nas áreas de trabalho,

[61] Apresentação Clínica

vida social e vida familiar, assim como níveis mais elevados de ansiedade e evitamento que os doentes com pânico.

Também a nível da comorbilidade com outras situações psiquiátricas, os fóbicos sociais, quando comparados com agorafóbicos, mostraram possuir uma taxa maior de abuso de álcool (20% *versus* 7%) e de comportamentos suicidários (14% *versus* 2%) (Amies *et al.*, 1983).

Como a fobia social se inicia em muitos casos em idade escolar, o medo de ser avaliado negativamente pode interferir com o funcionamento escolar, quer a nível do processo de socialização com colegas quer a nível do rendimento escolar. Na verdade, tem sido verificado que a fobia social é um importante determinante da recusa da escola. Numa amostra de crianças com recusa da escola 30% tinham uma fobia social (Last & Strauss, 1990). Também um estudo de Beidel *et al.* (1991), verificou que as crianças com fobia social mostravam uma percepção mais baixa das suas competências cognitivas, e ansiedade mais elevada durante tarefas escolares. Como resultado, o rendimento escolar estava afectado e diminuído.

A fobia social é assim um distúrbio severamente incapacitante na criança.

Por outro lado, há dados que sugerem que quanto mais precoce é o início da fobia social, maior é a probabilidade de desenvolvimento de distúrbios comórbidos e pior é o prognóstico (Davidson *et al.*, 1993).

Procura de Tratamento

Apesar de a fobia social se iniciar habitualmente durante a adolescência, a maioria dos fóbicos sociais só procura ajuda terapêutica, cerca de 10 a 15 anos após o seu início, entre os 25-35 anos (Heimberg, Dodge, *et al.*, 1990), quando as limitações impostas pelos seus medos sociais os impedem de responder adequadamente às pressões de socialização nas áreas do trabalho ou afectiva.

Frequentemente, o motivo que leva o fóbico social à primeira consulta não são os seus medos sociais, mas queixas comórbidas de depressão, pânico e abuso de álcool ou ansiolíticos; muitos destes doentes encaram os sintomas e dificuldades relacionados com a fobia

[62] Capítulo 2

social como uma característica de personalidade ou timidez, mais do que o resultado de um distúrbio que pode ser tratado, o que pode explicar a procura tardia de tratamento.

Num estudo realizado numa amostra de doentes de clínica geral, Bissarbe *et al.* (1996) verificaram que apenas 5% dos indivíduos com fobia social “*pura*” procuraram ajuda por problemas psicológicos ou mencionaram as suas dificuldades sociais na consulta. No mesmo sentido apontam os dados obtidos num estudo epidemiológico recente, ao

mostrarem que, apenas, cerca de um terço dos indivíduos com fobia social receberam algum tipo de tratamento para os seus problemas (Magee *et al.*, 1996). Estes resultados sugerem que os fóbicos sociais tendem a não procurar ajuda para os seus problemas, quer por deficiente informação acerca da sua situação clínica, quer porque as suas dificuldades interpessoais poderão interferir com a sua capacidade para pedir ajuda.

No entanto, o desconhecimento da fobia social como um distúrbio ansioso específico é também característico dos clínicos gerais, o que contribui para o seu sub-diagnóstico. Num estudo realizado em França que envolveu doentes de cuidados primários, Bisserbe *et al.* (1996) verificaram que, na ausência de depressão comórbida, a fobia social, mesmo quando incapacitante, não era reconhecida pelos clínicos gerais como um problema psicológico.

Factores Culturais

O DSM-IV, ao estabelecer os critérios diagnósticos para fobia social, sugere a importância dos factores culturais na apresentação clínica deste distúrbio ao reconhecer explicitamente que "a apresentação clínica e a resultante deficiência pode diferir nas diversas culturas, dependendo das exigências sociais" (DSM-IV, pp. 424).

Na base da experiência da ansiedade social está a percepção do eu como socialmente ameaçado, sendo assim de esperar que influências culturais na forma como o eu é construído tenham reflexos na avaliação daquilo que constitui uma ameaça social. Esta variação culturalmente influenciada do que constitui uma ameaça social ao eu

[63] Apresentação Clínica

pode influenciar a apresentação clínica da fobia social, quer em termos das situações avaliadas como ameaçadoras, quer em termos do verificado atribuído aos sintomas experimentados. Por sua vez, aquilo que constitui uma ameaça social ao eu está estreitamente relacionado com a forma como uma determinada cultura modula a forma como os seus membros constroem o eu (Kleinknecht *et al.*, 1997). A cultura ocidental promove uma construção individualista do eu, em que o sentido de identidade é desenvolvido através do sentimento de autonomia e independência dos outros. O sentimento de identidade de um indivíduo está associado à percepção das suas características e capacidades, que são experimentadas como únicas e definidoras de si mesmo (Markus & Kitayama, 1991). O eu é assim experimentado como uma entidade autónoma, separada dos outros, e o meio cultural acentua o individualismo, reforçando acções em que um indivíduo se saliente entre os outros, e pune comportamentos que avalia como seguidismo. A expressão popular portuguesa "é uma Maria vai com as outras", que está associada a conotações negativas em relação à pessoa a quem é aplicada, traduz bem a desvalorização cultural de alguém que é encarado como não autónomo, de alguém que se deixa facilmente influenciar pelos outros. Desta construção individualizada do eu na cultura ocidental resulta, logicamente, que a responsabilidade das falhas ou fracassos sociais é atribuída primariamente ao indivíduo que as comete. Compreende-se assim que a conceptualização da fobia social, na cultura ocidental, esteja intimamente associada ao receio do indivíduo de se comportar de uma forma que implique uma avaliação negativa

pelos outros, ou uma diminuição do seu estatuto social como membro autónomo dessa sociedade.

De forma diferente, em algumas culturas asiáticas, como a japonesa e a coreana, o sentido do eu é interdependente do grupo, isto é, o indivíduo é definido primariamente pela sua pertença a um grupo familiar ou social, de tal forma que o eu é visto como uma extensão desse grupo, uma parte de um todo que é o grupo. Comportamentos individualistas de auto-engrandecimento ou de desvio do grupo são mal tolerados, e as realizações ou fracassos sociais reflectem-se directa e principalmente no grupo (Markus & Kitayama, 1991).

[64] Capítulo 2

Estas duas formas, culturalmente diferentes, de construir a identidade ajudam a compreender e estão supostamente subjacentes às diferenças na forma como a ansiedade social se exprime nas duas culturas.

A literatura psiquiátrica japonesa descreve um quadro clínico, o *Taijin Kyofusho* (TKS), que poderá representar uma variante cultural na avaliação daquilo que é percebido como ameaça social, e que apresenta alguns aspectos semelhantes à fobia social.

Na sua tradução literal, *Taijin Kyofusho* significa sintomas (*sho*) de medo (*kyofu*) experienciados nas situações sociais que implicam contacto face a face (*taijin*) (Kirmamayer, 1991; Takahashi, 1989). As manifestações clínicas são caracterizadas como uma obsessão da vergonha, manifestada por um medo mórbido de embaraçar ou ofender os outros através de comportamentos como ruborizar, exalar odores ofensivos ou flatulência, manter um contacto visual inapropriado, exhibir expressões faciais desadequadas, falhas sociais ou deformidade física. A sua idade de início é na adolescência, sendo mais frequente em homens que em mulheres (Kleinknecht *et al.*, 1997).

O medo de ofender ou embaraçar os outros em público origina ansiedade, podendo conduzir ao evitamento dessas situações, ou a comportamentos como a utilização de cremes faciais para impedir a visibilidade de uma possível ruborização que poderia embaraçar ou ofender os outros (comportamentos que correspondem aos descritos como comportamentos de segurança na fobia social). O aspecto chave do evitamento social é o medo de desorganizar a coesão do grupo fazendo os outros sentirem-se desconfortáveis. A base cultural do medo e evitamento reside na crença cultural de que o comportamento inapropriado de um membro do grupo traga vergonha ou embaraço ao grupo como um todo. Os doentes com TKS ficam obcecados com o pensamento que podem ofender os outros e, deste modo, trazer vergonha para o seu grupo familiar ou social (Kleinknecht *et al.*, 1997).

Existem assim semelhanças importantes entre o *Taijin Kyofusho* e a Fobia Social tal como é definida pelo DSM-IV. Tal como os fóbicos sociais na cultura ocidental, os indivíduos com TKS sentem desconforto ou evitam situações sociais em que se sentem expostos à observação pelos outros, pelo receio de se comportarem de forma inapropriada

[65] Apresentação Clínica

No entanto, os significados e as consequências que cada cultura associa ao parecer diferente ou inapropriado, origina uma diferença fundamental entre o TKS e o fóbico social na cultura ocidental: primeiros receiam que o seu comportamento inapropriado embarace ou ofenda os outros, enquanto os segundos receiam sentir-se eles próprios embaraçados ou humilhados com o seu comportamento inapropriado. Também em relação aos limites da sua conceptualização o TKS apresenta diferenças com a fobia social, pois abrange desde formas ligeiras de preocupação com situações sociais que são frequentes na adolescência (formas que se aproximam da noção ocidental de fobia social) e formas severas com obsessões acerca de defeitos físicos imaginados ou exagerados, podendo mesmo chegar ao nível de um distúrbio delirante, que ultrapassam claramente os limites da conceptualização da fobia social pelo DSM-IV, e que são englobadas por este em outras categorias, como o Distúrbio Dismórfico ou o Distúrbio Delirante tipo somático (Kleinknecht *et al.*, 1997).

Por outro lado, e como sugerem Kleinknecht e cols., (1997), estas duas formas culturalmente diferentes de construir a identidade não têm que ser mutuamente exclusivas, e o mesmo indivíduo pode ter aspectos independentes e interdependentes na definição da sua identidade, que podem variar no seu grau de desenvolvimento e importância para a construção do eu. Estes autores (Kleinknecht *et al.*, 1997) realizaram um estudo em populações universitárias no Japão e nos USA em que examinaram as duas diferentes formas de definição cultural de ansiedade social, a forma ocidental definida pelo medo de o indivíduo se sentir, embaraçado ou humilhado em situações de escrutínio público, e a forma japonesa (*Taijin Kiofusho*) centrada no medo de ofender os outros através de comportamentos inapropriados ou uma aparência ofensiva. As duas formas de ansiedade social foram ainda examinadas em relação às definições do eu culturalmente determinadas como independente e interdependente. Utilizando uma amostra constituída por dois grupos de estudantes universitários, 181 dos USA e 161 do Japão, administraram as escalas *Social Phobia Scale* (SPS; Mattick & Clark, 1989) e *Social Interaction Anxiety Scale* (SIAS; Mattick & Clark, 1989) para avaliação da fobia social e a *Taijin Kiofusho Scale* (Kleinknecht *et al.*, 1994) para avaliação do *Taijin Kiofusho*.

[66] Capítulo 2

As construções do eu como independente ou interdependente, foram avaliadas através da *Self Construal Scale* (SCS; Singelis, 1994), constituída por 24 itens que se agrupam em duas subescalas: a *Independent Self-Construal* e a *Interdependent Self-Construal*, que avaliam as crenças do indivíduo acerca das relações entre o eu e os outros e o grau em que o indivíduo se vê a si mesmo como separado ou ligado aos outros. O estudo das relações entre as escalas foi realizado através de análises correlacionais dentro do mesmo grupo cultural. A comparação entre os dois grupos culturais foi realizada apenas em termos dos padrões de correlações ou de distribuição das variáveis. Os resultados mostraram que as análises factoriais das três escalas utilizadas para avaliação das duas formas de ansiedade social forneceram três factores, cada um correspondendo às respectivas escalas e definidoras das formas *Taijin Kiofusho* (TKS) e DSM-IV de ansiedade social. As relações entre a construção do eu como independente ou interdependente e as formas de ansiedade social TKS /DSM-IV, foram estudadas através de correlações de ordem zero, e revelaram que, a auto-construção do eu como independente se mostrava inversamente correlacionada

com todas as medidas de ansiedade social (correlações da ordem de .40 a .50), quer no grupo americano quer no grupo japonês, isto é, quanto mais o indivíduo constrói o seu eu como independente dos outros, menor é a ansiedade social quer na forma definida pelo DSM-IV (SPS e SIAS) quer na forma TKS. A construção do eu como interdependente mostrou-se moderadamente correlacionada com as medidas de ansiedade social (correlações da ordem de .28) na amostra americana, mas não na amostra japonesa.

A análise de casos mostrou que, quer no grupo japonês quer no grupo americano, 50% dos casos (definidos como os indivíduos que pontuavam um desvio padrão ou mais acima da média do seu grupo) que apresentavam uma das formas de ansiedade se qualificavam também como casos da outra forma de ansiedade. Estes resultados mostram que existe uma covariação entre os casos das duas formas de ansiedade social, isto é, sintomas de cada tipo de ansiedade social coexistem nas duas culturas, mas que o inverso ocorre também em cerca de 50% dos casos, isto é, que existe uma considerável independência entre os dois tipos de ansiedade nas duas culturas.

[67] Apresentação Clínica

A constatação que as duas formas de ansiedade social coexistem nas duas culturas sugere que investigadores e clínicos deverão estar tentos à existência das duas formas de ansiedade, pois elas poderão correr nas suas amostras ou nos seus doentes. Por exemplo, o facto de o DSM-IV não incluir na sua definição de fobia social o receio de ofender ou embaraçar os outros devido ao seu comportamento ou aspecto físico, leva a que os clínicos habitualmente não explorem a existência desse receio. Na nossa experiência clínica encontramos já dois casos de fobia social em que esse receio existia claramente. Em um dos casos, o receio de embaraçar os outros estava associado a uma pequena deformidade física, no outro caso era o receio de que a ausência de contacto visual fosse desconfortável para as pessoas com quem interagiam.

Os resultados deste estudo, associados aos dados conhecidos da prevalência da fobia social em diversas países com tradições culturais diferentes (ver capítulo 1), sugerem que a ansiedade social não é apenas um síndrome cultural, representando um aspecto universal da ansiedade associada à interacção social nos humanos. No entanto, as condições culturais podem afectar a sua prevalência (culturas que enfatizam a importância do comportamento e aparência parecem ter prevalências mais elevadas de fobia social), e variações na sua expressão (medo de se sentir embaraçado *versus* medo de embaraçar os outros).

Curso

A fobia social é um distúrbio que tem um curso crónico, com uma duração superior a 20 anos. A frequência de recuperação sem tratamento é baixa. Os resultados do estudo epidemiológico de Davidson e cols. (1993) sugerem que apenas cerca de 27% dos indivíduos com fobia social recuperam das suas dificuldades. Factores que influenciam positivamente a possibilidade de recuperação são: escolaridade elevada, início da fobia social após os 11 anos de idade e a não existência de distúrbios psiquiátricos comórbidos.

Também Degonda e Angst (1992), numa análise longitudinal,

verificaram a estabilidade dos sintomas da fobia social ao longo do tempo, com um progressivo aumento da sensibilidade interpessoal e persistência das limitações funcionais.

Se tivermos em conta, como foi já acima referido, que uma idade de início baixa está também associada a uma frequência maior de distúrbios psiquiátricos comórbidos, uma idade baixa de início da ansiedade social (<11 anos) é um importante factor para a severidade e existência de elevada comorbilidade psiquiátrica, assim como um curso crónico do distúrbio.

Conclusões

O medo de não causar uma impressão positiva ou de ser avaliado negativamente pelos outros em situações sociais é o aspecto central da apresentação clínica da fobia social. Uma hipersensibilidade ao escrutínio dos outros contribui para que os fóbicos sociais se sintam permanentemente observados e avaliados pelos outros, o que é acompanhado por uma elevada consciência de si mesmo. Situações aparentemente triviais tomam-se desconfortáveis devido a um estado de vigilância permanente, avaliação e comparação com os outros como tentativa de se protegerem de avaliações negativas pelos outros.

As situações receadas pelos fóbicos sociais envolvem a interacção com pessoas que não lhes são familiares ou situações em que se sentem expostos a um possível escrutínio pelos outros.

O quadro clínico diferirá consoante se trate de uma fobia social do subtipo não-generalizado ou do subtipo generalizado.

O subtipo não-generalizado envolve o receio de apenas uma ou duas situações sendo por isso, por vezes, designado como fobia social específica ou de desempenho. A situação mais frequentemente receada neste subtipo de desempenho é falar perante uma audiência. Outras situações frequentemente receadas no subtipo não-generalizado são: comer em público, beber em público, escrever em público e incapacidade de urinar em quartos de banho públicos (homens).

O subtipo generalizado é mais frequente representando cerca de dois terços dos fóbicos sociais. Neste subtipo, os doentes receiam

[69] Apresentação Clínica

pelo menos três ou mais situações de desempenho e de interacção social e existe uma maior severidade e comorbilidade com outros distúrbios psiquiátricos, assim como uma maior limitação funcional.

A ansiedade experimentada pelos fóbicos sociais nas situações que receiam manifesta-se a nível somático, cognitivo e comportamental.

A nível somático, os sintomas que ocorrem com maior frequência e que diferenciam os fóbicos sociais dos controlos normais são: palpitações cardíacas, sudação, rubor, tremor e urgência de micção.

A nível cognitivo, o conteúdo do pensamento do fóbico social, quando confrontado com uma situação social receada, é centrado em temas de fracasso, falta de competências

necessárias para causar uma impressão positiva, preocupações com a aparência e com a possibilidade de ser avaliado negativamente. A atenção é auto-focada e há um aumento da consciência de si mesmo. Enviezamentos negativos na auto-percepção e na auto-avaliação do seu desempenho social, assim como expectativas negativas acerca das consequências sociais de futuras interações são frequentes. Em alguns fóbicos sociais podem ocorrer espontaneamente imagens negativas e distorcidas de si mesmo, em que se vêem a si mesmos a partir duma perspectiva de observador.

A relação entre fobia social e desempenho social é complexa. Os resultados obtidos nos estudos que avaliaram as competências sociais dos fóbicos sociais são contraditórios, apoiando a hipótese de só em alguns fóbicos sociais, e mesmo nesses só em algumas situações, existir um claro défice de competências sociais.

As condições culturais podem afectar a expressão do quadro clínico da fobia social. Enquanto na cultura ocidental o aspecto dominante é o medo de se sentir embaraçado, em algumas culturas orientais predomina o receio de embaraçar os outros.

A fobia social tem um curso crónico e origina um elevado grau de limitação funcional. A taxa de recuperação é baixa, com apenas cerca de um terço dos fóbicos sociais a recuperarem espontaneamente as suas dificuldades. Factores que influenciam positivamente a possibilidade de recuperação são: escolaridade elevada, início da fobia social após os 11 anos de idade e a não existência de distúrbios psiquiátricos comórbidos.

[70] Capítulo 2

Referências

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Amies, P. L., Gelder, M. G., & Shaw, P. M. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179.
- Beidel, D. C. (1991). Social phobia and overanxious disorder in school-age children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 30, 545-552.
- Beidel, D., Turner, S., & Dancu, C. (1985). Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 109-117.
- Bisserbe, J. C., Weiller, E., Boyer, P., Lepine, J.P., & Lecrubier, Y. (1996). Social phobia in primary care: level of recognition and drug use. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (suppl 3), 25-28.
- Bruch, B. A., Gorsky, J. M., Collins, T. M., & Berger, P. A. (1989). Shyness and sociability reexamined: A multicomponent analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 904-915.
- Clark, J., & Arkowitz, H. (1975). Social anxiety and self-evaluation of interpersonal performance. *Psychological Reports*, 36, 211 -221.
- Davidson, J. R. T., Hughes, D. L., George, L. K., & Blazer D. G. (1993). The epidemiology of social phobia: Findings from the Duke Epidemiologic Catchment Area study. *Psychological Medicine*, 23, 709-718.
- Degonda, M., & Angst, J. (1992). The Zurich study: social phobia and agoraphobia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 243, 95-102.

- Dodge, C. S., Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (1988). Evaluation of the Social Interaction Self-Statement Test with a social phobic population. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 211-222.
- Feske, U., & Chambless, D. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- Gelernter, C., Stein, M. B., Tancer, M. E., & Uhde, T. W. (1992). An examination of syndromal validity and diagnostic subtypes in social phobia and panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 23-27.
- Glasgow, R. E., & Arkowitz, H. (1975). The behavioral assessment of male and female in dyadic heterosexual interactions. *Behavior Therapy*, 6, 488-498.
- Hackman, A., Surawy, C., & Clark, D. M. (1998). Seeing yourself through others' eyes: a study of spontaneous occurring images in social phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 3-12.
- Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. A., & Becker, R. E. (1990). DSM-III-R subtypes of social phobia: Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 172-179.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L. J., & Becker, R. E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social

[71] Apresentação Clínica

- phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23.
- Hofmann, S. G., Gerlach, A. L., Wender, A., Roth, W. T. (1997). Speech disturbances and gaze behavior during public speaking in subtypes of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 573-585.
- Hope D. A., Heimberg, R. G., & Klein, J. F. (1990). Social anxiety and the recall of interpersonal information. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4, 185-195.
- Kindness, K., & Newton, A. (1984). Patients and social skills groups: Is social skills training enough? *Behavioural Psychotherapy*, 12, 212-222.
- Kirmayer, L. J. (1991). The place of culture in psychiatric nosology: Taijin Kyotusho and DSM-III-R. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1, 179, 19-28.
- Kleinknecht, R. A., Dinnel, D. L., Kleinknecht, E. E., Hiruma, N., & Harada, N. (1997). Cultural factors in social anxiety: a comparison of social phobia symptoms and Taijin Kyofusho. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 157-177.
- Kleinknecht, R. A., Dinnel, D. L., Tanouye-Wilson, S., & Lonner, W. J. (1994). Cultural variations in social anxiety and phobia: A study of Taijin Kyofusho. *The Behavior Therapist*, 17, 175-178.
- Last, C. G., Strauss, C. C. (1990). School refusal in anxiety-disordered children and adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 29, 31-35.
- Levin, A. P., Saoud, J. B., Strauman, T., Gorman, J. M., Fyer, A. J., Crawford, R., & Liebowitz, M. R. (1993). Response of "Generalized" and "discrete" social phobics during public speaking. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 207-221.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.

- Lucock, M. P., & Salkovskis, P. M. (1988). Cognitive factors in social anxiety and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 297-302.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H-U, McGonagle, K. A., Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168.
- Marks, I. M. (1985). Behavioral treatment of social phobia. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 615-618.
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1989). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. Unpublished manuscript.**
- McEwan, K. L., & Devins, G. M. (1983). Is increased arousal in social anxiety noticed by others? *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 417-421.
- Pilkonis, P. A. (1977). The behavioral consequences of shyness. *Journal of Personality*, 45, 596-611.
- Rapee, R. (1995) Descriptive Psychopathology of Social Phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope and F. R. Schneier (Eds), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. Guilford Press, New York.

[72] Capítulo 2

- Rapee, R., & Lim, L. (1992). Discrepancy between self-and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 728-731.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Schneier, F. R., Liebowitz, M. R., Beidel, D., Fyer, A. J., George, M. S., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Klein, A. P., Lydiard, R. B., Mannuzza, S., Martin, L. Y., Nardi, E. G., Roscow, D. B., Spitzer, R. L., Turner, S. M., Uhde, T. W., Vasconcelos, I. L., & Versiani, M. (1996). Social phobia. In T. A. Widiger, A. J. Frances, H. A. Pincus, M. B. First, R. Ross, & W. Davis (Eds.), *DSM-IV, Source Book* (Vol. 2). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Sheehan, D. (1984). *The anxiety disease*. New York: Scribner.
- Singelis, T. M. (1994). The measurement of independent and interdependent self-construals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, 580-591.
- Slavkin, S. L., Holt, C. S., Heimberg, R. G., Jaccard, J. J., & Liebowitz, M. R. (1990). The Liebowitz Social Phobia Scale: An exploratory analysis of construct validity. Paper presented at the 24th annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Francisco, CA.
- Stopa, L., & Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 255-267.
- Strahan, E., & Conger, A. J. (1998). Social anxiety and its effects on performance and perception. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 293-305.

- Stravynski, A., Grey, S., & Elie, R. (1987). Outline of the therapeutic process in social skill training with socially dysfunctional patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 224-228.
- Takahashi, T. (1989). Social phobia syndrome in Japan. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 45-52.
- Tran, G. Q., & Chambless, D. L. (1995). Psychopathology of social phobia: effects of subtype and of avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 489-501.
- Trower, P., Bryant, B. M., & Argyl, M. (1978). *Social skills and mental health*. London: Methuen.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Larkin, K. T. (1986). Situational determinants of social anxiety in clinic and non-clinic samples: Physiological and cognitive correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 523-527.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 326-331.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 35-40.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Keys, D. J. (1986). Psychopathology

[73] Apresentação Clínica

- of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 389-394.
- Twentyman, C. T., & McFall, R. M. (1975). Behavioral training of social skills in shy males. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 384-395.
- Wittchen H-U., & Belloch, E. (1996). The impact of social phobia on quality of life. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (suppl 3), 15-23.

[74]

[75]

Capítulo 3

Comorbilidade e Diagnóstico Diferencial

José Pinto Gouveia

Não obstante a fobia social ser por si só um distúrbio ansioso severamente incapacitante, muita da sua importância clínica está relacionada com a sua elevada comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas.

A nível dos dados obtidos em amostras da comunidade, os resultados obtidos pelos dois maiores estudos epidemiológicos realizados, o estudo nos E.U.A. da *Epidemiologic Catchment Area* (ECA; Schneier *et al.*, 1992) e o estudo do *National Comorbidity Survey* (Magee *et al.*, 1996), a percentagem de indivíduos com fobia social pura (sem outro

diagnóstico comórbido) oscila entre os 31% no estudo da ECA e os 19% no *National Comorbidity Survey*.

Na análise dos dados de prevalência e comorbilidade da fobia social, obtidos nos estudos da ECA e do NCS, é necessário ter em conta que estes dois estudos utilizaram critérios diferentes para o diagnóstico da fobia social. O estudo da ECA utilizou ainda os critérios do DSM-III e o estudo do NCS utilizou já os critérios do DSM-III-R. As modificações nos critérios de diagnóstico para a fobia social, que foram introduzidas no DSM-III-R (introdução do subtipo generalizado), originaram um alargamento do conceito de fobia social levando a que, na prática, passassem a ser diagnosticadas como fobia social situações que, segundo os critérios do DSM-III, seriam excluídas da fobia social e classificadas como Distúrbio Evitante de Personalidade. Isto explica o aumento da prevalência da Fobia Social nos estudos mais recentes.

[76] Capítulo 3

Esta modificação influenciou também os resultados obtidos em relação à comorbilidade.

Quadro 1. Comorbilidade da fobia social com outras situações psiquiátricas em amostras obtidas na comunidade

COMORBILIDADE COM OUTRAS SITUAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

Fobia Social pura	%
ECA (Schneier <i>et al.</i> , 1992)	31
NCS (Magee <i>et al.</i> , 1996)	19
Comorbilidade (Estudo do NCS)	%
OUTRO DISTÚRBIO ANSIOSO	56.9
Fobia Simples	37.6
Agorafobia	23.3
Ansiedade Generalizada	13.3
Crises de Pânico	20.7
Distúrbio de Stress Pós-Traumático	15.8
OUTRO DISTÚRBIO AFECTIVO	41.4
Depressão Major	37.2
Distímia	14.6
ABUSO DE SUBSTÂNCIAS	39.6
Dependência de Álcool	23.9
Abuso sem Dependência	10.9

A introdução dos dois subtipos de fobia social no DSM-III-R (utilizado no estudo do NCS) explica o aumento de comorbilidade da fobia social com outros distúrbios psiquiátricos encontrado neste estudo, em comparação com o da ECA, dado que, como os dois subtipos parecem representar mais um contínuo de severidade que o resultado de diferenças qualitativas, será de esperar que a comorbilidade seja maior no subtipo

generalizado dada a sua maior severidade e interferência na vida social, afectiva e profissional do indivíduo.

Também a considerável variação na comorbilidade da fobia social, obtida em diferentes amostras clínicas, pode estar relacionada com a proporção relativa dos dois subtipos na constituição das diferentes amostras clínicas. Não será de estranhar que amostras em que predominem indivíduos com o subtipo generalizado apresentem uma

[77] Comorbilidade e Diagnóstico Diferencial

maior comorbilidade, que amostras constituídas por uma maior percentagem de indivíduos com o subtipo não-generalizado.

Em amostras clínicas, mais de 50% dos doentes com fobia social apresentam outros distúrbios comórbidos (Sanderson *et al.*, 1990; Turner *et al.*, 1991).

Quadro 2. Comorbilidade da fobia social com outras situações psiquiátricas em amostras clínicas de fóbicos sociais.

CERCA DE 50% DOS FÓBICOS SOCIAIS TÊM OUTROS DISTÚRBIOS COMÓRBIDOS (Sanderson *et al.*, 1990; Turner *et al.*, 1991)

DISTÚRBIOS COMÓRBIDOS MAIS FREQUENTES

Outros Distúrbios Ansiosos 48 a 54%

(Sanderson *et al.*, 1990; Turner *et al.*, 1991)

Distúrbios Afectivos 30 a 50%

(Amies *et al.*, 1983; Liebowitz *et al.*, 1985; Munjack & Moss, 1981) Abuso de Álcool
16 a 36%

(Amies *et al.*, 1983; Thyer *et al.*, 1986; Schneier, Martin, Liebowitz *et al.*, 1989)

A nível do Eixo I, os distúrbios mais frequentemente associados com a fobia social são: outros distúrbios ansiosos, distúrbios depressivos e abuso de substâncias (Sanderson *et al.*, 1990; Turner *et al.*, 1991; Schneier *et al.*, 1992; Magee *et al.*, 1996; Turk *et al.*, 1998).

A nível do Eixo 2, é de salientar a elevada frequência com que o distúrbio evitante de personalidade ocorre juntamente com a fobia social (Turk *et al.*, 1998).

Várias hipóteses poderão ser utilizadas para explicar as taxas elevadas de comorbilidade na fobia social, embora seja ainda pouco claro se a fobia social é um factor etiológico no desenvolvimento de outros distúrbios, ou se a fobia social e os distúrbios comórbidos resultam de um factor predisponente comum.

A elevada comorbilidade da fobia social com distúrbios do Eixo I e II, e o facto de a maioria dos fóbicos sociais que procuram ajuda clínica terem comorbilidade, confronta frequentemente o clínico com a necessidade de realizar um diagnóstico diferencial rigoroso.

Esta tarefa pode em alguns casos mostrar-se difícil, dada a forma como a fobia social se relaciona com alguns distúrbios comórbidos. Analisaremos em seguida algumas destas situações.

[78] Capítulo 3

Comorbilidade e Diagnóstico Diferencial com os Distúrbios do Eixo 1

Distúrbios Ansiosos

Comorbilidade

Os quadros psiquiátricos mais frequentemente associados à fobia social são outros distúrbios ansiosos. No *National Comorbidity Survey*, 56.9% dos indivíduos com o diagnóstico de fobia social tinham pelo menos um outro distúrbio ansioso (Magee *et al.*, 1996). Entre estes, os mais frequentes são a fobia simples e a agorafobia, mas a presença comórbida dos distúrbios de ansiedade generalizada, obsessivo-compulsivo e de stress pós-traumático não é rara.

Em amostras clínicas de fóbicos sociais, a comorbilidade com outros distúrbios ansiosos oscila entre os 40 a 54% (Sanderson *et al.*, 1990; Turner *et al.*, 1991; Turk *et al.*, 1998). Num estudo recente de Turk e cols. (1998), que investigou a existência de diferenças entre os sexos em vários aspectos, entre os quais a comorbilidade com outros distúrbios, a comorbilidade com outros distúrbios ansiosos era da ordem dos 43%, mas não existiam diferenças significativas na comorbilidade entre os dois sexos, apesar dos distúrbios ansiosos e afectivos serem habitualmente mais frequentes nas mulheres. Estes resultados sugerem a hipótese de a fobia social poder ser mais importante nos homens que nas mulheres como factor de vulnerabilidade para o desenvolvimento de outros distúrbios ansiosos e depressivos.

Diagnóstico Diferencial

A fobia simples não apresenta habitualmente dificuldades de diagnóstico diferencial com a fobia social, excepto nos casos em que a pode mascarar, como por exemplo, uma fobia de andar de avião que mascara uma fobia social de falar em público.

No distúrbio de pânico e agorafobia, as dificuldades levantam-se sobretudo nos doentes que apresentam conjuntamente crises de pânico e fobia social. Crises de pânico, provocadas pelos níveis elevados da ansiedade experimentados nas situações sociais receadas, podem ocorrer nos fóbicos sociais, e não invalidam um diagnóstico primário de fobia social. Por outro lado, alguns indivíduos fazem a sua primeira crise de pânico numa situação social, e passam a evitar situações sociais com receio que a crise de pânico se possa repetir, desenvolvendo uma fobia social que é secundária ao distúrbio de pânico. Também, o receio de se sentirem embaraçados, caso façam uma crise de pânico em situações sociais, origina que alguns doentes com distúrbio de pânico evitem as situações sociais em que temem isso poder acontecer. Apesar da sua dificuldade, o diagnóstico diferencial entre os dois distúrbios é imperativo na prática clínica, dado que eles respondem preferencialmente a tratamentos farmacológicos e psicológicos diferentes.

O aspecto fundamental para este diagnóstico diferencial é a compreensão dos motivos que levam o doente a recear ou evitar as situações sociais. No distúrbio de pânico, o receio das situações sociais centra-se primariamente na expectativa de poder fazer uma crise de pânico nessas situações e na dificuldade em poder escapar da situação, caso isso aconteça. Na fobia social, a ansiedade é provocada directamente pela situação social

receada e centra-se no medo de experimentar sentimentos de embaraço ou humilhação, o que leva o doente a recear ou evitar essas situações sociais. Outros aspectos também úteis para a distinção entre estes dois distúrbios, e que uma avaliação cuidadosa pode revelar, são: (1) as condições de ocorrência da primeira crise de pânico e a cronologia do desenvolvimento das dificuldades sociais; (2) a presença de crises de pânico fora de situações sociais (ou da sua antecipação) e de crises de pânico nocturnas, que não ocorrem na fobia social, e apontam para um diagnóstico primário de distúrbio de pânico; (3) a ausência de interpretações catastróficas dos sintomas de ansiedade nos doentes com fobia social primária, o que não acontece nos doentes com distúrbio de pânico, que revelam frequentemente o seu receio de desmaiar ou morrer durante uma crise de pânico.

Em relação ao distúrbio de ansiedade generalizada, as dificuldades no diagnóstico diferencial acontecem nos casos em que nesta predominam as preocupações acerca de situações sociais.

[80] Capítulo 3

Também aqui, o aspecto crucial é a identificação do receio de fazer uma triste figura e de experimentar embaraço ou humilhação, característico da fobia social

Distúrbios Afectivos

Comorbilidade

Uma elevada percentagem de indivíduos com fobia social preenche também os critérios de diagnóstico para a depressão.

No estudo epidemiológico da ECA, a prevalência de depressão *major* nos indivíduos com fobia social era de 17% (Schneier *et Al.* 1992). No *National Comorbidity Survey*, a percentagem de indivíduos com fobia social que tinha já feito pelo menos um episódio depressivo era de 41.4% (Magee *et al.*, 1996), revelando que um indivíduo com fobia social tem quatro vezes mais probabilidade de fazer um episódio depressivo que a população geral.

Relevante para a importância clínica da fobia social é a constatação, nos estudos epidemiológicos, que a Fobia Social precedia na maioria dos casos a depressão (Magee *et al.*, 1996; Lepine & Lellouch, 1995). Na amostra de Lepine e Lellouch, em 70.8% dos casos.

Também em populações clínicas tem sido verificada uma elevada comorbilidade de fobia social e depressão, que ronda entre os 27 e os 50% em alguns estudos (Amies, Gelder, & Shaw, 1983; Liebowitz *et al.*, 1985; Turk *et al.*, 1998). Na maior parte dos casos a ocorrência da fobia social precedendo o episódio depressivo. Stein, Tancer, Gelernter, Vittone e Udhe (1990) verificaram que, em 91% dos casos da sua amostra de fóbicos sociais, o início do episódio depressivo tinha ocorrido em média 13 anos (DP:7.9) após o início da fobia social.

Esta elevada comorbilidade não será de estranhar se tivermos em conta a severa interferência negativa que a fobia social pode ter nas relações interpessoais do doente

originando, assim, um importante factor de vulnerabilidade para a depressão e para a ideação suicida.

A importância da comorbilidade entre a fobia social e outras situações psiquiátricas, e especialmente com os distúrbios depressivos, traduz-se ainda em outros aspectos: o aumento da severidade das manifestações clínicas e na procura de tratamento.

[81] Comorbilidade e Diagnóstico Diferencial

Em relação ao primeiro, a existência de comorbilidade torna o quadro clínico mais severo. Por exemplo, em relação à ideação suicida, esta está aumentada quer na fobia social pura (26.8) quer na fobia social com comorbilidade (53.8), mas as tentativas de suicídio só atingem valores elevados na fobia social com comorbilidade (15.7 *versus* 0.9), que apresentam uma probabilidade de tentarem o suicídio cerca de 6 vezes maior que a população geral (Schneier *et al.*, 1992).

Em relação à procura de tratamento, o facto de frequentemente o fóxico social só procurar tratamento quando há comorbilidade depressiva ou outra, e as suas queixas se focarem primariamente nos distúrbios comórbidos, pode não só levantar dificuldades no diagnóstico diferencial, mas aumentar também a probabilidade de a fobia social não ser diagnosticada e tratada. No caso concreto do fóxico social que procura tratamento porque está deprimido, é importante que não seja desperdiçada a oportunidade da identificação e tratamento da fobia social. Se tal não acontecer, a probabilidade de recaída após o tratamento da depressão é elevada.

Diagnóstico Diferencial

Perante um doente que apresenta conjuntamente sintomas depressivos e de fobia social coloca-se frequentemente a questão de estabelecer qual o distúrbio primário. Alguns doentes deprimidos podem referir isolamento e evitamento social como resultado do seu desinteresse, anedónia e inibição. Em outros casos, são as experiências de auto-diminuição depressivas que levam o doente a sentir-se desconfortável e evitar situações sociais.

Também doentes com depressão "atípica" podem apresentar grandes semelhanças com a fobia social, mostrando uma acentuada sensibilidade interpessoal ao criticismo e rejeição (Liebowitz *et al.*, 1985).

Em situações como estas, o diagnóstico de fobia social só pode ser realizado com segurança quando é possível a identificação de um período da vida do doente em que estavam presentes sintomas de fobia social na ausência de um quadro depressivo.

[82] Capítulo 3

Nos casos em que os sintomas de fobia social estavam relacionados com o quadro depressivo, eles tenderão a desaparecer quando a depressão entrar em remissão.

Quando uma depressão *major* ocorre numa fobia social preexistente, é frequente existir um agravamento do desconforto e evitamento social, mas a história das dificuldades do doente permite identificar que as suas dificuldades sociais e interpessoais antecederam o desenvolvimento do quadro depressivo. As vivências de desconforto e evitamento social,

por receio de se comportar de uma forma que o faça sentir embaraçado ou humilhado, são aspectos fundamentais para a identificação da fobia social.

A comparação do perfil cognitivo na fobia social e na depressão apresentada no Quadro 3 pode ajudar, em muitos casos, a elucidar aspectos complexos do diagnóstico diferencial.

Quadro 3. Comparação do perfil cognitivo na Depressão e Fobia Social

ESTRUTURAS COGNITIVAS

Depressão:

Crenças mal-adaptativas focadas na perda e fracasso nos domínios interpessoal e de realização

Fobia Social:

Crenças incondicionais acerca da sua ineficácia e incompetência para lidar com situações sociais, com um sentido aumentado de vulnerabilidade à avaliação pelos outros.

PROCESSAMENTO COGNITIVO

Depressão:

Processamento aumentado da informação auto-referente negativa com exclusão da positiva. As avaliações são globais, absolutas e exclusivas. O aumento da atenção auto-focada pode reduzir a possibilidade de resposta aos estímulos externos.

Fobia social:

Processamento selectivo de situações sociais como ameaça, com sobreavaliação da vulnerabilidade.

As avaliações são selectivas e específicas das situações receadas.

O aumento da atenção auto-focada reflecte a tentativa de controlar a possibilidade de se comportar de uma forma embaraçosa ou humilhante que diminua o seu estatuto social.

COGNIÇÕES NEGATIVAS

Depressão:

Pensamentos de perda e fracasso pessoal. Os pensamentos tomam a forma de auto-verbalizações orientadas para o passado.

Fobia social:

Pensamentos de ameaça/perigo. Os pensamentos tomam a forma de questões ("E se") envolvendo possíveis perigos ou danos "E se bloqueio", "E se reparam que estou a tremer".

Abuso e Dependência do Álcool

Comorbilidade

A relação entre a fobia social e o abuso ou dependência do álcool é complexa.

Como seria de esperar em função das propriedades redutoras de tensão e ansiedade do álcool, os fóbicos sociais são uma população de risco para o desenvolvimento do abuso e dependência alcoólica. Alguns fóbicos sociais desenvolvem expectativas positivas acerca da utilidade do álcool para os ajudar a lidar com situações sociais e utilizam-no como auto-medicação. Por outro lado, sintomas de fobia social podem ocorrer em alguns alcoólicos dependentes e tendem a remitir com a abstinência. Esta situação traduz-se numa elevada comorbilidade da fobia social e dependência alcoólica em amostras comunitárias. No estudo da ECA, 19% dos fóbicos sociais preenchem os critérios para um diagnóstico adicional de dependência alcoólica (Schneier *et al.*, 1992). Em amostras clínicas de fóbicos sociais têm sido encontradas percentagens que oscilam entre 16 e 36% (Amies, Gelder, & Shaw, 1983; Schneier, Martin, Liebowitz *et al.*, 1989; Thyer *et al.*, 1986). Outros estudos, em populações clínicas com diferentes distúrbios ansiosos, verificaram que o abuso de álcool é mais elevado nos fóbicos sociais que nos outros distúrbios ansiosos (Amies, Gelder, & Shaw, 1983; Thyer *et al.*, 1986; Kushner, Sher & Beitman, 1990). Quanto às características clínicas dos doentes com diagnóstico comórbido, Schneier e cols. (1989) verificaram que, comparando os fóbicos sociais sem e com história de alcoolismo, estes últimos, apresentavam uma fobia social mais severa, tendiam a ser mais do subtipo generalizado e solteiros. Inversamente, os cinco estudos que examinaram a frequência da fobia social em doentes internados por dependência alcoólica, encontraram taxas de frequência que variaram entre os 8% e os 56% (Mullaney & Trippet, 1979; Bowen *et al.*, 1984; Smail *et al.*, 1984; Stravynski, Lamontagne & Lavallee, 1986; Chambless *et al.*, 1987).

No seu conjunto, estes resultados mostram que a frequência de abuso ou dependência alcoólica nos fóbicos sociais é superior à prevalência da dependência alcoólica na população geral, habitualmente

[84] Capítulo 3

avaliada em 8%-10% no homem e 3%-5% na mulher, e que entre os distúrbios ansiosos, a fobia social era aquele que apresentava a frequência mais elevada de alcoólicos. Também nos doentes diagnosticados primariamente como alcoólicos, a prevalência da fobia social é mais elevada que na população geral.

Diagnóstico Diferencial

Esta frequente associação entre alcoolismo e fobia social levanta frequentemente questões no diagnóstico diferencial e tem implicações clínicas importantes.

Em primeiro lugar, a importância de na entrevista clínica pesquisar a utilização e consumo de álcool dos fóbicos sociais.

Em segundo lugar, a elevada frequência de ocorrência de alcoolismo e de fobia social no mesmo doente. Especialmente no homem, a utilização do álcool como forma de lidar com a sua ansiedade social é muito frequente mas, em alguns casos, a dependência alcoólica pode preceder a fobia social e contribuir para o seu desenvolvimento. A identificação do distúrbio primário pode ajudar a compreender a forma como os dois problemas se relacionam, o que tem importantes implicações para o tratamento. Alguns casos de dependência alcoólica necessitarão paralelamente de tratamento para a sua fobia social. Embora menos frequentes, em outros casos, a dependência alcoólica poderá ser um factor de manutenção da fobia social.

Uma abordagem isolada, quer da fobia social quer do alcoolismo, estará provavelmente condenada ao fracasso nestes doentes. No entanto, há que ter em conta que o diagnóstico de fobia social só deverá ser realizado após a desintoxicação do doente.

Comorbilidade e diagnóstico diferencial com os distúrbios do Eixo 2

Comorbilidade

A investigação da Comorbilidade da fobia social com os distúrbios do Eixo II confronta-se com as dificuldades da avaliação dos distúrbios do Eixo II.

[85] Comorbilidade e Diagnóstico Diferencial

Os diversos instrumentos utilizados para avaliar os distúrbios de personalidade apresentam habitualmente um grau baixo de concordância entre si (Perry, 1992), e até quando o mesmo instrumento é utilizado em diferentes estudos, diferenças na forma como é aplicado podem contribuir para variações consideráveis nos resultados.

Os estudos, que investigaram a ocorrência de distúrbios de personalidade em indivíduos diagnosticados com fobia social, obtiveram resultados que apresentam uma considerável variação na frequência de fóbicos sociais com distúrbios de personalidade, bem como nos distúrbios de personalidade encontrados (Herbert, Hope, & Bellack, 1992; Holt, Heimberg & Hope, 1992; Reich, 1989; Schneier, *et al.*, 1991; Turner *et al.*, 1991; Turner, Beidel, & Townsley, 1992). Há no entanto uma considerável concordância que o distúrbio de personalidade mais frequente nos indivíduos com fobia social é o distúrbio evitante de personalidade. Esta comorbilidade da fobia social com o distúrbio evitante de personalidade acontece especialmente com o subtipo generalizado, tendo sido verificadas frequências de ocorrência comórbida dos dois distúrbios que variam entre 21.1% a 90% (Heimberg *et al.*, 1993; Herbert, Hope, & Bellack, 1992; Holt, Heimberg, & Hope, 1992; Schneier, *et al.*, 1991; Turner, Beidel, & Townsley, 1992). Num estudo recente, realizado numa amostra clínica de 108 homens e 104 mulheres com fobia social, Turk e cols. (1998) verificaram que cerca de 44% da amostra apresentava um diagnóstico comórbido de distúrbio evitante de personalidade, não existindo diferenças significativas entre os dois sexos (44.4 versus 44.2).

Uma ocorrência aumentada dos distúrbios de personalidade obsessivo e dependente tem sido também encontrada em indivíduos com fobia social, mas de forma menos consistente que o distúrbio evitante de personalidade (Reich, 1989; Turner *et al.*, 1991). Turner e cols. (1991) sugerem mesmo que a existência de traços obsessivos pode ser um aspecto importante para o desenvolvimento da fobia social.

Uma questão diferente é saber se existe uma maior frequência de distúrbios de personalidade nos doentes com fobia social que nos doentes com outros distúrbios ansiosos. Embora a comparação das prevalências dos distúrbios de personalidade nos outros distúrbios ansiosos sugira que os fóbicos sociais apresentam uma prevalência

[86] Capítulo 3

mais elevada de distúrbios de personalidade, a questão é complexa devido a alguma sobreposição entre os critérios de diagnóstico da fobia social, do subtipo generalizado, e o distúrbio evitante de personalidade. Este facto pode contribuir para a prevalência aumentada de distúrbios de personalidade nos fóbicos sociais em relação aos outros distúrbios ansiosos. Por exemplo, Hope, Herbert e White (1995) verificaram que uma larga maioria dos indivíduos com distúrbio evitante de personalidade preenche também os critérios necessários para o diagnóstico de fobia social.

Diagnóstico Diferencial

Existe uma larga sobreposição entre os critérios do DSM-IV para a fobia social generalizada e para o distúrbio evitante de personalidade. Segundo o DSM-IV, os aspectos característicos de um indivíduo com distúrbio evitante de personalidade são: o evitamento de actividades interpessoais devido ao receio de criticismo, preocupações com a rejeição em situações sociais, inibição em situações interpessoais novas, constrangimento nas relações íntimas devido ao receio de parecer ridículo, crença na sua inaptidão social, relutância em se envolver em novas actividades sociais devido ao receio de se sentir embaraçado e pouca determinação no envolvimento com pessoas. Como se pode constatar, dos sete critérios para o diagnóstico, apenas um não envolve aspectos de interacção interpessoal. Não será, assim, de estranhar que uma larga percentagem de indivíduos com fobia social generalizada severa receba também o diagnóstico de distúrbio evitante de personalidade, a nível do Eixo 2.

Critérios de diagnóstico do DSM-IV para a Perturbação Evitante de Personalidade

Padrão global de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa, começando no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos, como indicado quatro (ou mais) dos seguintes:

[87] Comorbilidade e Diagnóstico Diferencial

(1) evitamento de ocupações que envolvam contactos interpessoais, por medo de críticas, desaprovação, ou rejeição

- (2) pouca determinação no envolvimento com pessoas, a não ser com a certeza de ser apreciado
- (3) reserva nas relações íntimas por medo do ridículo ou de ser envergonhado
- (4) preocupações em ser criticado ou rejeitado em situações sociais
- (5) inibição em novas situações interpessoais por sentimentos de inadequação
- (6) auto-análise como inepto socialmente, sem encanto pessoal ou inferior aos outros
- (7) relutância em assumir riscos pessoais ou envolver-se em novas actividades porque podem ser embaraçosas

In: American Psychiatric Association. (1994)
DSM - IV. Lisboa: CLIMEPSI, p. 683

Este aspecto levou alguns autores a questionar a utilidade da distinção conceptual entre estes dois distúrbios, dada a dificuldade em os distinguir validamente, sugerindo que o distúrbio evitante de personalidade representa apenas uma forma extrema e mais severa da fobia social (Herbert, Hope & Bellack, 1992). Em apoio desta posição, alguns estudos, que compararam fóbicos sociais com distúrbio evitante de personalidade e fóbicos sociais sem distúrbio evitante de personalidade, verificaram que os primeiros tinham níveis mais elevados de ansiedade social e mais limitações no seu funcionamento, mais comorbilidade com distúrbios depressivos, mas não se diferenciavam em competências sociais nem na resposta ao tratamento cognitivo-comportamental (Herbert, Hope & Bellack, 1992; Holt, Heimberg, & Hope, 1992; Turner *et al.*, 1992; Hope, Herbert & White, 1995). A presença do distúrbio evitante de personalidade parecia, assim, estar mais associada a uma maior severidade do quadro clínico e comorbilidade depressiva, do que a diferenças qualitativas com a fobia social generalizada. Contudo, resultados diferentes foram encontrados por Boone

[88] Capítulo 3

e cols. (1999) que, ao compararem as respostas verbais, comportamentais e cardíacas de fóbicos sociais específicos (medo de falar em público) e fóbicos sociais generalizados com e sem distúrbio evitante de personalidade, verificaram que os fóbicos sociais generalizados com distúrbio evitante de personalidade mostravam, num teste de desempenho comportamental, respostas mais elevadas de escape e evitamento, que os fóbicos específicos (medo de falar em público) e fóbicos generalizados sem distúrbio evitante de personalidade, não havendo diferenças entre estes dois grupo. Nas outras respostas avaliadas não existiam diferenças entre os fóbicos sociais generalizados sem e com distúrbio evitante de personalidade, embora estes últimos tendessem a apresentar valores mais elevados nos questionários de avaliação psicopatológica utilizados (SAD, FNE, SPAI, BDI).

No seu conjunto, os resultados dos estudos que compararam fóbicos sociais generalizados, com e sem distúrbio de personalidade, forneceram resultados pouco consistentes, e por vezes contraditórios, acerca da validade de distinção entre a fobia social do subtipo generalizado e o distúrbio evitante de personalidade, sugerindo que eles

representam um contínuo de severidade do problema no qual o distúrbio evitante de personalidade representaria a forma mais grave. No entanto algumas insuficiências metodológicas impõem precauções nas conclusões a tirar, e esta é claramente uma área que necessita de ser mais investigada.

Como se pode depreender do atrás exposto, a distinção clínica entre a fobia social generalizada e o distúrbio evitante de personalidade pode por vezes mostrar-se muito difícil. A idade de início precoce da fobia social generalizada e a sua interferência na vida global do indivíduo complicam ainda mais esta distinção, pois nestes aspectos, alguns casos de fobia social generalizada comportam-se de modo semelhante a um distúrbio de personalidade. De alguma utilidade para a distinção entre os dois distúrbios poderá ser a compreensão da importância e proporção relativa do desconforto e do evitamento no quadro clínico do doente. Enquanto na fobia social predomina o desconforto e receio no desempenho de algumas situações sociais, o que conduz secundariamente ao evitamento dessas situações, no distúrbio evitante de personalidade predomina essencialmente o evitamento

[89] Comorbilidade e Diagnóstico Diferencial

de situações interpessoais, muitas vezes estabelecido relativamente cedo na vida do indivíduo.

Conclusões

A elevada comorbilidade da fobia social e a constatação que, em perto de 80% dos casos comórbidos, a fobia social se ter iniciado primeiro, sugere que esta pode representar um importante factor de vulnerabilidade e de ligação etiológica ao desenvolvimento de outros distúrbios psiquiátricos.

Entre estes, os distúrbios do eixo I mais frequentemente associados à fobia social são: outros distúrbios ansiosos (40 a 54%), distúrbios depressivos (30 a 57%) e o abuso e dependência do álcool (16 a 36%). O diagnóstico diferencial da fobia social com o distúrbio de pânico e a depressão levanta por vezes algumas dificuldades, e a compreensão dos motivos que levam o doente a recear ou evitar as situações sociais é um aspecto fundamental para o diagnóstico diferencial. A vivência de medo de experimentar sentimentos de embaraço, ridículo ou humilhação na situação social receada ou evitada é um importante aspecto para o diagnóstico diferencial da fobia social com outros distúrbios ansiosos e deve ser investigada numa entrevista clínica cuidadosa.

No Eixo II, o distúrbio evitante de personalidade é frequentemente comórbido na fobia social do subtipo generalizado. As frequências encontradas nos diferentes estudos que investigaram a comorbilidade do distúrbio evitante de personalidade e a fobia social variam entre os 21.1% e 90%. Esta situação poderá resultar da sobreposição existente entre os critérios do DSM-IV para a fobia social generalizada e para o distúrbio evitante de personalidade, e alguns autores têm sugerido que o distúrbio evitante de personalidade poderá representar apenas uma forma extrema e mais severa da fobia social generalizada.

Uma ocorrência elevada de distúrbios de personalidade obsessivo e dependente tem também sido encontrada em indivíduos com fobia social, mas de forma menos consistente que o distúrbio evitante de personalidade.

[90] Capítulo 3

Referências

- Amies, P. L., Gelder, M. G., & Shaw, P. M. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179.
- Boone, M. L., McNeil, D. W., Masia, C. L., Turk, C. L., Carter, L. E., Ries, B. J., & Lewin, M. R. (1999). Multimodal comparisons of social phobias subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 271-292
- Bowen, R. C., Cipywnyk, D., D'Arcy, C., & Keegan, D (1984). Alcoholism, anxiety disorders and agoraphobia. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 8, 8-50.
- Chambless, D. L., Cherney, J., Caputo, G. C., & Rheinstein, J. G. (1987). Anxiety disorders and alcoholism: A study with inpatient alcoholics. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 9-40.
- Heimberg, R. G., Holt, C. S., Schneier, F. R., Spitzer, R. L., & Liebowitz, M. R. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 249-269.
- Herbert, J. D., Hope, D. A., & Bellack, A. S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 332-339.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 318-325.
- Hope, D., Herbert, J. & White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive-behavioral group therapy for Social Phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 399-417.
- Johnson, M. R., Turner, S. M., Beidel, D. C., Lydiard, R. B. (1995). Personality Function. In Murray B. Stein (Ed.), *Social Phobia: Clinical and Research Perspectives*. Washington DC., American Psychiatric Press.
- Kushner, M. G., Sher, K. J., & Beitman, B. D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 685-695.
- Lepine, J. P., & Lellouch, J. (1995). Diagnosis and epidemiology of agoraphobia and social phobia. *Clin. Neuropharmacol.*, 18, (suppl. 2): S15-S26.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J., & Klein, A. F. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 729-736.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., McGonagle, K. A., Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168.
- Mullaney, J. A. & Trippett, C. J. (1979). Alcohol dependence and phobias: clinical description and relevance. *British Journal of Psychiatry*, 135, 565-573.
- Munjack, D. J., & Moss, H. B. (1981). Affective disorder and alcoholism in families of agoraphobics. *Archives of General Psychiatry*, 38, 869-871.

[91] Comorbilidade e Diagnóstico Diferencial

Perry, J. C. (1992). Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1645-1653. Reich, J. (1989). Update on instruments to measure DSM-III and DSM-III-R personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 366-370.

Sanderson, W. C., Di Nardo, P. A., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-Revised anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 308-312.

Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.

Schneier, F. R., Martin, L. Y., Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., & Fyer, A. J. (1989). Alcohol abuse in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 15-23.

Schneier, F. R., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Fyer, A. J., & Liebowitz, M. R. (1991). The relationship of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 496-502.

Small, P., Stockwell, T., Canter, S., & Hodgson, R. (1984). Alcohol dependence and phobic anxiety states. I. A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 144, 53-57.

Stein, M. B., Tancer, M. E., Gelernter, C. S., Vittone, B. J., & Uhde, T. W. (1990). Major depression in patients with social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 147, 637-639.

Stravynski, A., Lamontagne, Y., & Lavalley, Y. J. (1986). Clinical phobias and avoidant personality disorder among alcoholics admitted to an alcoholism rehabilitation setting. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 714-719.

Thyer, B. A., Pamsh, R. T., Himle, J., Cameron, O. G., Curtis, G. C., & Nesse, R. M. (1986). Alcohol abuse among clinically anxious patients. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 357-359.

Turk, C. L., Heimberg, R. G., Orsillo, S. M., Holt, C. S., Gitow, A., Street, L. L., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1998). An investigation of gender differences in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 209-223.

Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 326-331.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Borden, J. W., Stanley, M. A., & Jacob, R. G. (1991). Social phobia: Axis I and II correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 102-106.

[92]

[93]

II Parte

Investigação e Modelos Teóricos

[94]

[95]

Capítulo 4

Etiologia e Factores Desenvolvimentais

José Pinto Gouveia

Embora sejam ainda pouco claros os aspectos etiológicos e os factores desenvolvimentais implicados na fobia social, os dados disponíveis sugerem que múltiplos factores poderão estar envolvidos. Factores biológicos, familiares, características de temperamento e condicionamento traumático em experiências sociais aversivas têm sido apontados como importantes por alguns autores. Os resultados de investigação sugerem também que o desenvolvimento da fobia social é complexo e que provavelmente resultará da interacção de vários destes factores. Por outro lado, alguns estudos sugerem que as vias etiológicas e desenvolvimentais poderão apresentar algumas diferenças consoante os dois subtipos de fobia social.

Factores Biológicos

A avaliação de variações na frequência cardíaca em situações de exposição a situações receadas tem sido dos aspectos mais estudados na fobia social. Os fóbicos sociais, quando comparados com controlos normais, mostram um aumento da frequência cardíaca quando expostos a situações sociais que receiam (Beidel, Turner & Dancu, 1985).

No entanto a interpretação dos resultados deste tipo de estudos é complexa. Por exemplo, McNeil e cols. (1993) compararam as respostas psicofisiológicas de frequência cardíaca e resistência galvânica

[96] Capítulo 4

da pele numa tarefa de exposição em imaginação, em fóbicos sociais e indivíduos com fobia simples, verificando que os fóbicos sociais apresentavam uma menor consistência nas suas respostas psicofisiológicas, que os indivíduos com fobia simples. Contudo, outros estudos têm mostrado que os dois subtipos de fobia social mostram diferenças na resposta cardíaca quando confrontados com situações receadas. Os indivíduos com o subtipo específico de fobia social mostram um aumento de frequência cardíaca superior aos indivíduos com fobia social generalizada (Heimberger *et al.*, 1990; Hofmann *et al.*, 1995; Levin, 1993) e aos controlos normais.

Estes resultados sugerem que o aumento da frequência cardíaca poderá estar mais associado a uma resposta de medo específica, e como tal seja mais intensa nos indivíduos com fobias específicas, que a uma resposta de ansiedade mais generalizada, como acontece nos indivíduos com fobia social generalizada, que sentem desconforto num vasto número de situações de desempenho e interacção social. Uma interpretação deste tipo estaria de acordo com a sugestão de McNeil e cols. (1993) em diferenciar a resposta de medo, que definem como uma mobilização para o evitamento físico e escape desencadeada por um estímulo e que estaria associada a uma activação do sistema cardiovascular da resposta de ansiedade, que poderia assumir múltiplas formas, incluindo o evitamento passivo,

inquietação, auto-verbalizações negativas e preocupações. Por outro lado, e como abordaremos mais em pormenor à frente, o início da fobia social do subtipo específico está mais frequentemente associado a condicionamentos traumáticos enquanto o início do subtipo generalizado é mais insidioso. Neste contexto, será de esperar que os fóbicos do subtipo específico mostrem uma maior activação cardiovascular que os fóbicos do subtipo generalizado.

A possível importância de outros factores biológicos na fobia social tem também sido investigada, mas sem resultados conclusivos. Resultados preliminares sugerem que uma diminuição da função nos sistemas dopaminérgicos centrais pode estar associada a uma ansiedade social elevada, mas os resultados são de difícil interpretação dada a complexidade na avaliação do funcionamento do sistema dopaminérgico (Nickell & Uhde, 1995). Também os sistemas serotoninérgicos e

[97] Etiologia e Factores Desenvolvimentais

noradrenérgicos têm sido apontados como envolvidos na patogenia da fobia social, mas ainda não estão elucidados quais os mecanismos patogénicos subjacentes.

A investigação mostrou ainda que os fóbicos sociais têm uma sensibilidade aumentada para a cafeína, CO₂, pentagastrina, yoimbina e ácido nicotínico, mas uma sensibilidade normal para o lactato e epinefrina (Mendlowicz & Stein, 1999).

Factores Familiares

A tendência para a ocorrência familiar de alguns distúrbios psiquiátricos está bem documentada na literatura, e a natureza familiar dos distúrbios ansiosos tem sido constatada em diversos estudos (Weissman, 1985). Os resultados obtidos em estudos de família e de gémeos com distúrbios ansiosos específicos, como o distúrbio obsessivo-compulsivo, distúrbio de pânico e fobia simples, confirmaram que estes distúrbios tendem a ocorrer em famílias (Lenane *et al.*, 1990; Noyes *et al.*, 1986; Fyer *et al.*, 1990) e sugerem que poderá haver uma contribuição genética na etiologia destes distúrbios.

Em relação à fobia social, os estudos de família realizados sugerem que há um aumento de sintomas de fobia social nos familiares dos indivíduos com um diagnóstico de fobia social (Fyer *et al.* 1993; Reich & Yates, 1988; Turner & Beidel, 1989), quando comparados com familiares de doentes com pânico e com controlos normais. Apesar de existirem algumas inconsistências nos resultados encontrados, provavelmente devido a diferenças de metodologia na avaliação da existência de fobia social nos familiares dos doentes com fobia social, o único estudo controlado e que utilizou métodos de entrevista verificou que o risco de desenvolver uma fobia social é cerca de três vezes maior nos familiares directos dos indivíduos diagnosticados com fobia social que nos familiares de controlos normais (Fyer *et al.* 1993). Estes estudos mostraram ainda que a fobia social não estava associada a um maior risco de outros distúrbios psiquiátricos nos familiares de indivíduos diagnosticados com fobia social (Reich & Yates, 1988; Fyer *et al.*, 1993).

[98] Capítulo 4

Os dados obtidos por Mannuzza e cols. (1995), ao investigarem possíveis diferenças na transmissão familiar nos dois subtipos de fobia social, sugerem que esta poderá estar mais associada ao subtipo generalizado (16% dos familiares dos indivíduos com fobia social generalizada) que ao subtipo específico (6% dos familiares dos indivíduos com fobia social específica).

A importância dos factores hereditários foi confirmada num estudo recente de Stein e cols. (1998), que entrevistaram 106 familiares em primeiro grau, de 23 doentes com fobia social generalizada, e 74 familiares, em primeiro grau, de 24 indivíduos do grupo de controlo sem fobia social generalizada. Os resultados mostraram que o risco relativo para o desenvolvimento de uma fobia social generalizada e distúrbio evitante de personalidade era dez vezes maior entre os familiares em primeiro grau dos indivíduos com fobia social generalizada do que nos indivíduos, em comparação, sem fobia social generalizada. O mesmo não acontecia em relação à fobia social não-generalizada, não havendo diferenças no risco relativo para o seu desenvolvimento entre os dois grupos de familiares em comparação. Os resultados deste estudo, além de confirmarem a importância dos factores familiares no desenvolvimento da fobia social, apoiam também os resultados obtidos por Mannuzza e cols. (1995), sugerindo que os dois subtipos de fobia social poderão estar associados a diferentes traços genéticos.

Contudo, os estudos de família não permitem avaliar qual o modo como a influência familiar se exerce, isto é, a contribuição relativa dos factores genéticos e ambientais para o desenvolvimento da fobia social. Um esclarecimento adequado destes aspectos só é possível através de estudos de gémeos e de adopção. Dada a inexistência de estudos de adopção na fobia social, e, até à data, ter sido apenas realizado um estudo de gémeos, não existem dados disponíveis que permitam tirar conclusões seguras acerca deste aspecto. No estudo de gémeos, realizado por Kendler e cols. (1992), foram utilizados os critérios do DSM-III para a fobia social e investigados 2.163 pares de gémeos do sexo feminino, tendo sido encontradas taxas de 24.4% de concordância no diagnóstico de fobia social em gémeos monozigóticos, e de 15% de concordância em gémeos heterozigóticos. A partir destes resultados os autores sugerem que a contribuição genética

[99] Etiologia e Factores Desenvolvimentais

para a fobia social é moderada, da ordem dos 30%, e que a fobia social resultava da combinação de efeitos genéticos e factores ambientais, isto é, que na génese da fobia social seriam necessárias experiências ambientais em associação a uma predisposição genética.

No entanto fica por responder a questão de saber de que forma traduz essa predisposição genética, isto é, o que é que é herdado na fobia social generalizada?

Certamente que não é o quadro clínico completo, tal como ele se apresenta na clínica, mas provavelmente algum tipo de traço ou temperamento que predispõe para o desenvolvimento do quadro clínico. As características temperamentais englobadas no conceito de inibição comportamental, que descreveremos em pormenor mais à frente, poderão representar características herdadas que facilitam o desenvolvimento do quadro clínico da fobia social, mas sem esquecer o importante papel dos factores ambientais e das experiências de vida na modulação desta possível influência genética.

Aspectos de aprendizagem e a influência que os comportamentos dos pais podem ter no modelamento de medos sociais são, também, encarados como aspectos importantes para a compreensão da influência familiar na fobia social.

Bruch e Heimberg (1994) compararam fóbicos sociais do subtipo generalizado, específico e controlos normais em relação às atitudes educativas dos pais. Os indivíduos com fobia social generalizada, quando comparados com os outros dois grupos, diferiam destes por perceberem as atitudes educativas dos pais como tendo-os isolados dos outros e ter promovido menos a socialização da família com os outros. Os dois grupos de fóbicos sociais distinguem-se dos controlos por perceberem os pais como dando importância à opinião dos outros e usarem a vergonha como forma de disciplina.

A observação de comportamentos ansiosos nos pais em situações sociais pode levar à aprendizagem que essas situações implicam ameaça e devem ser receadas. Por outro lado, diversos outros mecanismos podem contribuir como factores ambientais para o desenvolvimento da fobia social. Entre estes, há a salientar uma protecção excessiva que iniba o desenvolvimento de comportamentos de exploração e autonomia, punições ou criticismos repetidos que degradem a auto-estima e originem um sentimento de vulnerabilidade do eu perante os outros, assim como experiências repetidas de fracasso ou humilhação social.

[100] Capítulo 4

Condicionamento Traumático

Uma outra via etiológica possível para o desenvolvimento da fobia social é o condicionamento traumático. Experiências sociais que despertem medo ou ansiedade elevada podem conduzir ao desenvolvimento de fobia social através de condicionamento clássico. Alguns fóbicos sociais relatam que o início das suas dificuldades aconteceu após se terem sentido ansiosos, ou humilhados numa situação social. Os dados dos estudos, que investigaram a influência de acontecimentos traumáticos no desenvolvimento da fobia social, fornecem algum apoio a esta hipótese. Assim, ao investigarem este aspecto, Öst e Hugdahl (1981) verificaram que 58% da sua amostra de fóbicos sociais (n=34) recordavam experiências traumáticas que acreditavam estar associadas à origem da sua fobia, enquanto 10% relacionavam a sua fobia com aprendizagem por informação e 15% não recordavam um início preciso. Do mesmo modo, Öst (1987) verificou que 58% da sua amostra de fóbicos sociais recordava a ocorrência de um acontecimento condicionante para o início das suas dificuldades.

No entanto, estes dois estudos não diferenciaram os dois subtipos de fobia social, não permitindo assim avaliar se a importância dos episódios condicionantes é semelhante ou diferente para os dois subtipos. Esta questão foi abordada por Townsley (1992) que procurou investigar em que medida diferentes factores poderiam estar associados ao início da fobia social nos dois subtipos. Utilizando os critérios do DSM-III-R, comparou uma amostra de fóbicos sociais, constituída por 50 fóbicos do subtipo generalizado e 17 do subtipo específico, com um grupo de controlo de 25 indivíduos sem psicopatologia. Os resultados mostraram que o grupo de fóbicos sociais recordava mais experiências de condicionamento traumático (44%) que os controlos normais (20%). Quando comparados

os dois subtipos de fobia social, uma percentagem maior de indivíduos do subtipo específico (56%) recordava episódios de condicionamento traumático, que do subtipo generalizado (40%).

[101] Etiologia e Factores Desenvolvimentais

Mais recentemente um estudo de Stemberger e cols (1995) comparou um grupo de 68 fóbicos sociais, constituído por 52 fóbicos sociais generalizados e 16 fóbicos sociais específicos, com um grupo de controlo de 25 indivíduos sem psicopatologia, em relação a vários possíveis factores etiológicos. Em relação à forma de início, os resultados mostraram que 56% dos fóbicos sociais específicos relatavam experiências traumáticas associadas ao início da fobia social contra 40% dos fóbicos sociais generalizados e 20% dos controlos normais. Embora as diferenças só atingissem significância estatística entre o grupo de fóbicos específicos e os controlos normais, os resultados são consistentes com os estudos anteriores, sugerindo que a existência de experiências traumáticas de condicionamento pode estar mais associada ao início da fobia social nos fóbicos sociais do subtipo específico do que nos do subtipo generalizado.

Temperamento

Variáveis de temperamento têm sido postuladas como desempenhando um importante papel no desenvolvimento da fobia social (Kagan, Snidman & Arcus, 1993; Amies, Gelder, & Shaw, 1983; Buss, 1986). Neuroticismo, introversão, timidez e inibição comportamental têm sido especialmente apontadas como etiologicamente importantes na fobia social.

Estudos de Amies, Gelder e Shaw (1983) e de Watson, Clark e Carey (1988) verificaram que indivíduos com fobia social apresentavam valores elevados de neuroticismo e valores baixos de extroversão, embora a possível relação entre estas variáveis e o desenvolvimento da fobia social seja pouco claro.

Mais investigada e valorizada como via etiológica para a fobia social tem sido a timidez e o síndrome de inibição comportamental. A importância destes estudos e a complexidade da sua interpretação, devido às diferentes formas como o conceito de timidez tem sido formulado, exige alguma clarificação prévia dos conceitos utilizados, para uma compreensão adequada dos dados obtidos na investigação. Abordaremos em seguida com algum pormenor estes aspectos.

[102] Capítulo 4

Timidez

O termo timidez não corresponde a um conceito psicológico bem definido cujo significado esteja claramente operacionalizado com critérios específicos de inclusão. É um termo utilizado na linguagem corrente cujo significado é determinado pelo indivíduo que o usa. Como Harris (1984) afirma, o termo timidez é mais um termo social que um termo

psicológico. No entanto, o estudo da timidez tem uma longa tradição nas áreas da psicologia social, do desenvolvimento e da personalidade.

A timidez tem sido conceptualizada quer como um traço ou característica de personalidade, quer como um estado que implica o desconforto e inibição na presença dos outros. Estas conceptualizações são pouco precisas dando origem a que diversos autores utilizem diferentes definições de timidez, tornando difícil comparar os resultados de diferentes estudos, tal a heterogeneidade das populações envolvidas nesses estudos.

Por exemplo, pesquisas em estudantes universitários, que investigaram as características dos indivíduos tímidos (Zimbardo, 1977; Brodt & Zimbardo, 1981) foram realizadas por investigadores da área da psicologia social, que acentuavam a importância da auto-atribuição na timidez, utilizando amostras em que os sujeitos se classificavam a si mesmos como tímidos ou não-tímidos. Utilizando este critério, Zimbardo (1977) verificou que 42% de uma amostra de estudantes universitários se auto-classificavam como sendo tímidos.

Há no entanto que ter em conta que, como diferentes indivíduos usam o termo tímido com significados diversos, as amostras de indivíduos tímidos estudadas têm uma elevada probabilidade de incluírem uma grande heterogeneidade de indivíduos com dificuldades e características diferentes.

Esta heterogeneidade foi constatada por Zimbardo (1977), que identificou três subgrupos na sua amostra de tímidos:

Um grupo constituído por indivíduos que não parecem recear a interacção social, apresentando simplesmente uma preferência por estar sozinhos.

Um segundo grupo constituído por indivíduos com baixa auto-confiança,

[103] Etiologia e Factores Desenvolvimentais

competências sociais fracas e que se sentem embaraçados facilmente na presença de outros, o que os leva a sentirem dificuldades em se aproximarem dos outros.

Um terceiro grupo constituído por indivíduos que se mostravam preocupados com a possibilidade de se comportarem de forma inadequada em situações sociais, auto-avaliando o seu comportamento social e apresentando uma baixa frequência de encontros sociais.

Este critério de auto-classificação como tímido ou não-tímido, utilizado por Zimbardo, não permite diferenciar os indivíduos em que a timidez é um traço estável de personalidade e aqueles outros em que a timidez é um estado transitoriamente experimentado e dependente da situação vivenciada.

A maioria dos estudos sobre a timidez tem sido realizada a partir duma perspectiva de investigação da timidez como traço ou característica estável de personalidade. A timidez, como traço de personalidade, é encarada como a propensão para responder com ansiedade elevada, consciência de si mesmo e reticência a um conjunto de contextos sociais.

Os estudos que adoptaram esta abordagem da timidez como traço têm verificado que a timidez é relativamente independente de outras variáveis relacionadas, como por exemplo, a sociabilidade (Cheek & Buss, 1981) mostrando que a timidez não é apenas a existência de uma sociabilidade baixa. Cheek e Buss (1981) verificaram que timidez e sociabilidade (preferência pela afiliação) são aspectos independentes, concluindo que no

estudo do comportamento social não é suficiente avaliar apenas a timidez, tornando-se também necessário avaliar a sociabilidade.

Do mesmo modo, os estudos que utilizaram métodos de análise factorial de inventários de personalidade obtiveram resultados que apoiam a conceptualização da timidez como uma dimensão importante na organização da personalidade (Browne & Howarth, 1977; Crozier, 1979). Browne e Howarth (1977) realizaram um estudo em que, utilizando diversos inventários de personalidade, agruparam os itens desses questionários em 15 dimensões básicas. As análises factoriais resolveram que o factor timidez social era o factor que, entre todos os outros factores, explicava uma maior percentagem da variância.

[104] Capítulo 4

Os estudos atrás citados apoiam assim a importância da timidez como uma dimensão da personalidade da qual resultam consequências sociais. Não elucidam, porém, a questão da heterogeneidade da população tímida. Existirá apenas uma forma de se ser tímido?

Subtipos de Timidez

Um dos autores que mais importantes contribuições tem dado para o estudo da timidez e que procurou responder a esta questão foi Buss. Aceitando que a timidez pode ser quer um estado, quer um traço de personalidade, e adoptando uma perspectiva desenvolvimental, Buss (1980, 1986) define timidez como: uma reacção originada pela presença de estranhos ou conhecidos pouco familiares, caracterizada por tensão, preocupação, sentimentos de embaraço e desconforto, assim como desvio do contacto visual e inibição do comportamento social normalmente esperado. Este autor distingue dois subtipos de timidez: uma timidez de início precoce que estaria ligada a uma predisposição genética a que chama timidez medrosa de desenvolvimento precoce, e uma forma de timidez de início mais tardio, a que chamou timidez por consciência de si mesmo, que estaria relacionada com o desenvolvimento das cognições acerca de si mesmo e com as práticas de socialização (Buss, 1986).

A timidez medrosa de início precoce, mostrar-se-ia durante o primeiro ano de vida, sendo caracterizada por activação elevada do sistema nervoso autónomo, inibição comportamental e cognições centradas no medo de avaliação negativa pelos outros.

A timidez por consciência de si mesmo, iniciar-se-ia por volta dos 5 anos (altura em que o eu cognitivo se começa a desenvolver), atingindo o seu pleno desenvolvimento na adolescência entre os 14 e 17, altura em que o adolescente se confronta com as tarefas de definição da identidade e ocorre um egocentrismo cognitivo. Neste subtipo de timidez, predominariam as cognições centradas no medo de avaliação negativa, com um aumento da consciência de si mesmo e preocupações desconfortáveis acerca do eu, sendo a activação do sistema

[105] Etiologia e Factores Desenvolvimentais

nervoso autónomo e a inibição comportamental menos acentuadas que no subtipo de timidez medrosa.

O apoio empírico a esta conceptualização de dois subtipos de timidez, proposta por Buss, não é totalmente consistente, embora alguns estudos tenham obtido resultados que apoiam parcialmente a existência dos dois tipos de timidez, um com predominância de um padrão de resposta somático, e outro em que predominam os aspectos cognitivos (Bruch *et al.*, 1986; McEwan & Devins, 1983; Pilkonis, 1977).

O estudo de Bruch e cols. (1986) é o mais relevante a este respeito. Este estudo, realizado numa amostra de estudantes universitários, utilizou uma bateria de testes para definir três grupos de indivíduos: i) um grupo de não-tímidos; ii) um grupo de tímidos medrosos, em que predominavam os componentes somáticos e cognitivos; III) um grupo de tímidos por consciência de si mesmo, que apresentavam apenas o componente cognitivo. Estes três grupos de indivíduos responderam com relatos retrospectivos a uma série de questões acerca da idade de início da sua timidez, sentimentos de consciência de si mesmo durante o ciclo básico e secundário, desenvolvimento e consequências da sua timidez a nível académico e social. Os resultados mostraram que, na maior parte dos tímidos por consciência de si mesmo, a timidez tinha-se iniciado em idade mais tardia que nos tímidos medrosos. Os tímidos medrosos mostravam um padrão mais estável de timidez que os tímidos por consciência de si mesmo, havendo um número maior de tímidos medrosos que relatavam que ainda continuavam tímidos, do que no grupo de tímidos por consciência de si mesmo. Nestes, um número significativo relatava que a sua timidez tinha diminuído ao longo do tempo. Os resultados mostraram ainda que, os tímidos de início precoce desenvolveram também o componente cognitivo da timidez quando atingiram a adolescência. Finalmente, cerca de metade do grupo dos não-tímidos relatava terem sido tímidos durante o período de ensino básico ou secundário. Os autores concluem que estes resultados apoiam a classificação de dois subtipos de timidez de Buss sugerindo que poderão existir diferentes vias etiológicas no desenvolvimento da timidez tardia (cognitiva). Também os estudos de Kagan e colaboradores, que descreveremos a seguir, dão um apoio indirecto à existência de dois subtipos de timidez proposto por Buss.

[106] Capítulo 4

Temperamento e Timidez

Os estudos desenvolvidos por Kagan e colaboradores (Kagan & Reznick, 1986; Kagan Reznick & Sidman, 1988; Kagan, Snidman & Arcus, 1993) são importantes para a questão da influência do temperamento no desenvolvimento da timidez.

Estes autores utilizaram o conceito de inibição comportamental (que é muito semelhante ao de timidez medrosa de Buss), e que define as características temperamentais de insegurança com estranhos, cautelas excessivas em situações que envolvam risco de perigo e fracasso. Considera-se que uma criança mostra um temperamento de inibição comportamental quando as suas respostas a estímulos ou situações novas são caracterizadas por: uma excessiva activação do sistema nervoso autónomo e inibição comportamental. Exemplos de respostas de inibição comportamental são: paragem do que estava a fazer e de falar, evitamento, retirada, latência aumentada no iniciar da interacção com pessoas novas

ou objectos estranhos, agarrar-se a figuras de protecção quando confrontada com situações novas.

Calcula-se que este temperamento de inibição comportamental está presente em cerca de 10 a 15 % das crianças entre os 2 e 3 anos de idade (Kagan, Reznick & Sidman, 1988).

Num estudo de seguimento longitudinal, Kagan, Reznick e Sidman (1988) verificaram que, das crianças que aos 21 ou 31 meses de idade tinham sido identificadas como mostrando inibição comportamental, cerca de 75% mantinham essas mesmas características de comportamento quando avaliadas aos 4, 5 e 7 anos de idade, e que apenas cerca de 25% das crianças que não apresentavam características de inibição comportamental aos 21 meses tinham desenvolvido essas características aos 7 anos de idade. Estes resultados mostram uma acentuada estabilidade das características temperamentais de inibição comportamental nas crianças em estudo, que são descritas pelos autores como crianças tímidas e medrosas (Kagan, Reznick & Sidman, 1988).

[107] Etiologia e Factores Desenvolvimentais

O facto de cerca de 25% das crianças que aos 21 meses não mostravam inibição comportamental, revelarem essas características aos 7 anos de idade, sugere um apoio indirecto ao subtipo de timidez de início tardio proposto por Buss, que não estaria tão relacionado com aspectos temperamentais como a timidez de início precoce.

Por outro lado, a existência de cerca de um quarto de crianças, em que a inibição comportamental diminui ou desapareceu entre os 21 meses e os 7 anos, sugere que, o meio familiar e experiências de socialização podem em algumas crianças diminuir as influências de características biológicas que os tornam vulneráveis a desenvolver timidez. Alguns estudos apoiam esta hipótese, sugerindo que diversas variáveis situacionais, familiares e psicológicas influenciam a manifestação de respostas de inibição comportamental em crianças pequenas (Asendorpf, 1991; Broberg, 1993). Por exemplo o estudo de Asendorpf (1991) verificou que as respostas de inibição comportamental podiam aumentar após experiências sociais de fracasso.

Em que medida estas características comportamentais são herdadas?

Estudos de gémeos (Plomin & Rowe, 1979) e de adopção (Daniels & Plomin, 1985) procuraram responder a esta questão. Os resultados encontrados sugerem um componente hereditário no traço de personalidade de timidez.

No seu conjunto, estes resultados sugerem que a inibição comportamental representa um estilo comportamental complexo que pode estar sujeito a múltiplas influências. Sintetizando os estudos atrás apontados em relação à origem e influência do temperamento na timidez, pensamos que, embora os resultados encontrados não forneçam evidencia definitiva devido à possível existência de efeitos confundentes, eles apontam consistentemente para a importante influência do temperamento na timidez de desenvolvimento precoce (Kagan, Reznick, & Snidman, 1988), que mostra um padrão relativamente estável de desenvolvimento e manutenção (Bruch *et al.*, 1986; Kagan, Reznick, & Snidman, 1988), e é caracterizada pela existência de ansiedade somática, provavelmente relacionada com características biológicas de excitabilidade do S.N.C.

(Kagan, Snidman, & Arcus, 1993). Estudo de gêmeos e de adoção sugerem ainda que poderá existir

[108] Capítulo 4

um importante componente de hereditariedade na tendência para ser tímido.

Em que medida este tipo de timidez de início precoce é diferente da timidez de início tardio em que há um predomínio do componente cognitivo de ansiedade sobre o somático, ou os dois subtipos representam apenas diferentes graus de severidade de timidez, é uma questão a que os estudos disponíveis não permitem ainda responder.

A elevada prevalência e estabilidade do temperamento de inibição comportamental, com a conseqüente influência no desenvolvimento da personalidade, levou alguns autores a questionarem o seu papel no desenvolvimento de psicopatologia, especialmente de distúrbios ansiosos.

Os resultados dos estudos que abordaram esta questão sugerem que uma história de inibição comportamental na infância, especialmente em combinação com uma história familiar de distúrbios ansiosos, aumenta o risco de desenvolvimento de distúrbios ansiosos em geral (Rosenbaum *et al.*, 1988; Rosenbaum *et al.*, 1991; Biederman, *et al.*, 1990, 1993).

Os dados obtidos mostram que os filhos de doentes com distúrbio de pânico têm mais probabilidade de apresentarem um temperamento de inibição comportamental, que os filhos de controlos normais (Rosenbaum *et al.*, 1988), e que os pais de crianças com inibição comportamental têm uma maior prevalência de distúrbios ansiosos (Rosenbaum *et al.*, 1991). Por outro lado, crianças com inibição comportamental apresentam uma frequência mais elevada de distúrbios ansiosos, que crianças sem inibição comportamental (Biederman, *et al.*, 1990, 1993; Hirshfeld, *et al.*, 1992).

Embora nenhum dos estudos acima citados tenha investigado especificamente a relação entre inibição comportamental e ansiedade social, Turner, Beidel e Wolff (1996), ao reverem estes estudos, concluem que os dados apontam para a existência de uma relação entre inibição comportamental e distúrbios ansiosos, particularmente com os distúrbios ansiosos caracterizados por ansiedade social desadaptativa.

Em que medida a inibição comportamental poderá estar mais relacionada com a fobia social que com os outros distúrbios ansiosos?

[109] Etiologia e Factores Desenvolvimentais

Mick e Telch (1998) procuraram responder a esta questão, investigando os relatos retrospectivos sobre a existência de inibição comportamental durante a infância, em estudantes universitários com distúrbios de ansiedade social e ansiedade generalizada. Verificaram que uma história de inibição comportamental na infância estava associada com sintomas de fobia social mas não com o distúrbio de ansiedade generalizada. Estes resultados sugerem assim que a inibição comportamental na infância parece estar mais fortemente associada à ansiedade social no adulto que a outros tipos de distúrbios ansiosos.

Timidez e Fobia Social

Se a nível desenvolvimental, a timidez na infância é um factor que se mostra associado à ansiedade social no adulto, que dizer da relação entre a timidez no adolescente ou adulto jovem e a fobia social no adulto. Apesar das suas semelhanças, a relação entre a fobia social e a timidez no adulto, levanta questões que continuam por esclarecer e de difícil resposta. Serão entidades distintas, ou apenas variações quantitativas de uma mesma entidade, e nesse caso onde termina a timidez e começa a fobia social? Em que aspectos os indivíduos tímidos se diferenciam dos fóbicos sociais?

Razões de ordem diversa contribuem para a dificuldade em dar uma resposta adequada a estas questões.

Desde logo o problema da origem dos conceitos de fobia social e timidez. O termo fobia social refere-se a uma entidade clínica, um distúrbio ansioso com características específicas que o permitem distinguir dos outros distúrbios ansiosos. Embora este conceito de fobia social tenha sido proposto nos anos sessenta por Marks e Gelder (1966), a sua introdução no DSM III em 1980, ao estabelecer critérios de diagnóstico bem definidos vai constituir um forte estímulo para a investigação epidemiológica e clínica, existindo actualmente abundantes dados de investigação sobre a epidemiologia da fobia social e dos aspectos comportamentais, fisiológicos cognitivos e afectivos que caracterizam o fóbico social.

[110] Capítulo 4

O termo timidez, como foi já acima referido, não corresponde a um conceito psicológico bem definido cujo significado esteja claramente operacionalizado com critérios específicos de inclusão. Uma maioria significativa dos estudos que investigaram as características dos indivíduos tímidos, foram realizados por investigadores da área da psicologia social, que utilizaram amostras em que os sujeitos se auto-classificavam como tímidos ou não-tímidos. Por outro lado, os estudos que procuraram utilizar um conceito de timidez mais rigoroso, conceptualizaram-na como uma característica de personalidade ou temperamento, mas encontraram uma enorme dificuldade em estabelecer uma definição objectiva de timidez, não resolvendo a questão da heterogeneidade da população que se avalia ou é avaliada como tímida. Esta diferença fundamental na conceptualização da fobia social e da timidez, a primeira como uma entidade clínica específica com critérios de diagnóstico bem definidos, e a segunda como uma característica de temperamento que desafia uma definição objectiva, é o núcleo dos principais obstáculos a uma elucidação das questões acima enunciadas acerca da relação entre a fobia social e a timidez, reflectindo-se necessariamente em diferenças nas metodologias de avaliação e nos instrumentos utilizados nestas duas áreas de investigação. Enquanto na investigação clínica dos fóbicos sociais os aspectos somáticos, cognitivos e comportamentais foram avaliados através de instrumentos específicos, padronizados para a avaliação desses aspectos, na investigação de indivíduos tímidos foram utilizados instrumentos de avaliação menos estruturados, o que dificulta a comparação dos resultados entre os diferentes estudos.

Será interessante constatar que nos estudos da timidez em que os investigadores procuraram utilizar definições objectivas da timidez, as definições utilizadas descrevem características como: "tendência para evitar interações sociais e não participar apropriadamente em situações sociais"; "ansiedade e desconforto em situações sociais";

”desconforto, inibição e respostas de ansiedade, consciência de si mesmo e reticência quando em presença dos outros” (Pilkonis, 1977; Crozier, 1979, Jones, Briggs & Smith, 1986), que são também características habituais dos fóbicos sociais e não permitem diferenciar os indivíduos tímidos destes.

[111] Etiologia e Factores Desenvolvimentais

Estaremos então em presença de dois termos que definem o mesmo síndrome?

Embora teoricamente o conceito de fobia social exija um padrão mais generalizado de evitamento e de interferência no funcionamento profissional e social, as fronteiras entre as duas entidades são mal definidas. Turner, Beidel, e Townsley (1990) realizaram uma revisão dos estudos realizados em populações de tímidos, procurando estabelecer comparações entre os dados encontrados nesses estudos com os dados encontrados nos estudos com fóbicos sociais. Sintetizaremos a seguir os aspectos mais relevantes dessa comparação.

A nível cognitivo verificaram que existia uma grande semelhança entre as cognições dos fóbicos sociais e dos tímidos. Os fóbicos sociais relatavam mais pensamentos auto-avaliativos negativos e menos pensamentos auto-avaliativos positivos, que os controlos normais (Turner, Beidel & Larkin, 1986). De modo semelhante, estudos em tímidos, quer em estudantes universitários (Pilkonis, 1977) quer em crianças tímidas (Ludwig & Lazarus, 1983), mostraram que o medo de avaliação negativa era um aspecto central da ideação dos tímidos. Estes resultados sugerem que a preocupação com a avaliação pelos outros é partilhada por ambos os grupos, sendo um aspecto nuclear no conteúdo ideativo dos fóbicos sociais e dos tímidos, quando em interacção social. No entanto, estes resultados devem ser encarados com precaução dado que nenhum estudo comparou directamente as cognições de fóbicos sociais e de tímidos em interacção social, não eliminando assim a hipótese de poderem existir diferenças em termos de grau, persistência e foco de atenção entre os dois grupos.

A nível das respostas somáticas quando em interacção social, as respostas de activação somática de fóbicos sociais e de tímidos apresentam semelhanças importantes. Também aqui as comparações entre os dois grupos são indirectas, dado que não há estudos que tenham realizado uma comparação directa entre fóbicos sociais e tímidos. Os estudos que investigaram as respostas somáticas em fóbicos sociais mostraram que, quando comparados com controlos normais em situações sociais, se diferenciavam destes por apresentarem uma maior frequência de palpitações, sudoreação, ruborização, tremor e urgência de urinar (Turner, Beidel, Dancu & Stanley, 1989).

[112] Capítulo 4

Os estudos de activação somática, em tímidos, mostraram que em estudantes universitários tímidos a activação somática era o segundo aspecto mais negativamente valorizado da sua timidez (Pilkonis, 1977), e que em crianças tímidas a frequência cardíaca quando em situações pouco familiares era significativamente superior à de crianças não-tímidas (Beidel, 1988; Kagan *et al.*, 1988).

A nível das respostas comportamentais quando em situações sociais, as comparações indirectas entre fóbicos sociais e tímidos em relação ao evitamento de situações sociais, sugerem que nos fóbicos sociais o evitamento poderá ser mais importante que nos tímidos. Em termos de competências sociais, a comparação entre os dois grupos é pouco esclarecedora, dado que quer entre os fóbicos sociais quer entre os tímidos têm sido identificados subgrupos com e sem défices de competências sociais (Marks, 1985; Zimbardo, 1977).

A nível de interferência no funcionamento académico, profissional e social, as comparações indirectas sugerem que na fobia social existe uma maior interferência nestas três áreas, que no caso da timidez (Turner, Beidel, & Townsley, 1990). Também a nível da evolução da fobia social e da timidez, os dados disponíveis sugerem existirem diferenças, com a fobia social a mostrar um curso crónico e estável (Davidson *et al.*, 1993; Schneier *et al.*, 1996), e a timidez a apresentar um curso menos estável e crónico, sendo em alguns casos um estado transitório (Turner & Beidel, 1989).

Das comparações atrás descritas entre fóbicos sociais e tímidos, ressalta que nos aspectos cognitivos e somáticos parece haver uma larga sobreposição entre fóbicos sociais e tímidos, ambos os grupos partilhando um componente de medo de avaliação negativa e de activação somática quando em situações sociais, que os distinguem de controlos normais. Os dados sugerem no entanto alguns aspectos em que os fóbicos sociais e tímidos poderão apresentar diferenças. Os fóbicos sociais mostram um grau maior de evitamento de situações sociais, um curso mais crónico e uma maior interferência das suas dificuldades no funcionamento académico, profissional e social que os tímidos. Em alguns casos a timidez parece ser um estado transitório, sem grande evitamento social e com pouca interferência no funcionamento académico, profissional e social, mas os dados sugerem

[113] Etiologia e Factores Desenvolvimentais

uma grande variabilidade a este nível, mais uma vez apontando a enorme heterogeneidade na população de indivíduos tímidos.

Referências

- Amies, P. L., Gelder, M. G., & Shaw, P. M. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179.
- Asendorpf, J. B. (1990). Development of inhibition during childhood: Evidence for situational specificity and a two-factor model. *Developmental Psychology*, 26, 721-730.
- Beidel, D. C. (1988). Psychophysiological assessment of anxious emotional states in children. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 80-82.
- Beidel, D., Turner, S., & Dancu, C. (1985). Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 109-117.
- Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Bolduc-Murphy, E. A., Faraone, S. V., Chaloff, J., Hirshfeld, D.R., & Kagan, J. (1993). A three year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 814-821.

- Biederman, J., Rosenbaum, J. R., Hirshfeld, D. R., Faraone, S. V., Bolduc, E. A., Gersten, M., Meminger, S. R., Kagan, J., Snidman, N., & Reznick, J. S. (1990). Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, *47*, 21-26.
- Broberg, A., Lamb, M. E., & Hwang, P. (1990). Inhibition: Its stability and correlates in sixteen-to forty-month-old children. *Child Development*, *61*, 1153-1163.
- Broberg, A. G. (1993). Inhibition and children's experiences of out-of-home care. In K. H. Rubin & J. B. Asendorpf (Eds.), *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Brod, S. E., & Zimbardo, P. G. (1981). Modifying shyness-related social behavior through symptom misattribution. *Journal of Personality and Social Psychology*, *41*, 437-449.
- Browne, J. A., & Howarth, E. (1977). A comprehensive factor analysis of personality questionnaire items: a test of twenty putative factor hypotheses. *Multivariate Behavioral Research*, *12*, 399-427.
- Bruch, M., & Heimberg, R. G. (1994). Differences in perceptions of parental and personal characteristics between generalized and non-generalized social phobics. *Journal of Anxiety Disorders*, *8*, 155-168.
- Bruch, M. A., Giordano, S., & Pearl, L. (1986). Differences between fearful and self-conscious shy subtypes in background and current adjustment. *Journal of Research in Personality*, *20*, 172-186.

[114] Capítulo 4

- Buss, A. H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco, CA: Freeman.
- Buss, A. H. (1986). A theory of shyness. In W. H. Jones, J. M. Cheek & S. R. Briggs (Eds.), *Shyness: Perspectives on research and treatment*. New York, New York: Plenum Press. 1986.
- Cheek J. M. & Buss, A. H. (1981). Shyness and sociability. *Journal of Personality and Social Psychology*, *41*, 330-339
- Crozier, R. (1979). Shyness as anxious self-preoccupation. *Psychological Reports*, *44*, 959-962.
- Daniels, D., & Plomin, R. (1985). Origins of individual differences in infant shyness. *Developmental Psychology*, *21*, 118-121.
- Davidson, J. R. T., Hughes, D. L., George, L. K., & Blazer D. G. (1993). The epidemiology of social phobia: Findings from the Duke Epidemiologic Catchment Area study. *Psychological Medicine*, *23*, 709-718.
- Fyer, A. J., Mannuzza, S., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., & Klein, D. F. (1993). A direct interview family study of social phobia. *Archives of General Psychiatry*, *50*, 286-293.
- Fyer, A. J., Mannuzza, S., Gallops, M. S., Martin, L. Y., Aaronson, C., Gonnann, J. M., Liebowitz, M. R., & Klein, D. F. (1990). Familial transmission of simple phobias and fears: A preliminary report. *Archives of General Psychiatry*, *47*, 252-256.
- Harris, P. R. (1984). Shyness and psychological imperialism: On the dangers of ignoring the ordinary language roots of the terms we deal with. *European Journal of Social Psychology*, *14*, 169-181.

- Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. A., & Becker, R. E. (1990). DSM-III-R subtypes of social phobia: Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 172-179.
- Hirshfeld, D. R., Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Bolduc, E. A., Faraone, S. V., Snidman, N., Reznick, J. S., & Kagan, J. (1992). Stable behavioral inhibition and its association with anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 103-111.
- Hofmann, S. G., Newman, M. G., Ehlers, A., & Roth, W. T. (1995). Psychophysiological differences between subgroups of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 224-231.
- Jones, W. H., Briggs, S. R., & Smith, T. G. (1986). Shyness: Conceptualization and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 629-639.
- Kagan, J., & Reznick, S. J. (1986). Shyness and Temperament. In W. H. Jones, J. M. Cheek & S. R. Briggs (Eds.), *Shyness: Perspectives on research and treatment*. New York: Plenum Press.
- Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240, 167-171.
- Kagan, J., Snidman, N., & Arcus, D. (1993). On the temperamental categories of inhibited and uninhibited children. In K. H. Rubin & J. B. Asendorpf (Eds.), *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

[115] Etiologia e Factores Desenvolvimentais

- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women: The interrelations of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, 49, 273-281.
- Lenane, M. C., Swedo, S. E., Leonard, H., Pauls, D. L., Sceery, W., & Rapoport, J. (1990). Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 29, 407-412.
- Levin, A. P., Saoud, J. B., Strauman, T., Gorman, J. M., Fyer, A. J., Crawford, R., & Liebowitz, M. R. (1993). Responses of "generalized" and "discrete" social phobics during public speaking. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 207-222.
- Ludwig, R. P., & Lazarus, P. J. (1983). Relationship between shyness in children and constricted cognitive control as measured by the Stroop color-word test. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 386-389.
- Mannuzza, S., Schneier, F. R., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., Klein, D. F., & Fyer, A. J. (1995). Generalized social phobia: Reliability and validity. *Archives of General Psychiatry*, 52, 230-237.
- Marks, I. M. (1985). Behavioral treatment of social phobia. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 615-618
- Marks, I. M., & Gelder, M. G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, 123, 218-221.
- McEwan, K. L. & Devins, G. M. (1983). Is increased arousal in social anxiety noticed by others? *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 417-421.

- McNeil, D. W., Vrana, S. R., Melamed, B. G., Cuthbert, B. N., & Lang, P. J. (1993). Emotional imagery in simple and social phobia: Fear vs. anxiety. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 212-225.
- Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (1999). The biological basis of social phobia. In H. G. M. Westenberg & J. A. den Boer (Eds.), *Social Anxiety Disorder*. Amsterdam: Syn-Thesis.
- Mick, M. A., Telch, M. J. (1998). Social anxiety and history of behavioral inhibition in young adults. *Journal of Anxiety Disorders, 12*, 1-20.
- Nickell, P. V., & Uhde, T. W. (1995). Neurobiology of Social Phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope and F. R. Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. Guilford Press, New York.
- Noyes, R., Crowe, R. R., Hams, E. L., Hamra, B. J., McChesney, C. M., & Chaudry, D. R. (1986). The relationship between panic disorder and agoraphobia: A family study. *Archives of General Psychiatry, 43*, 227-232.
- Ost, L. G. (1987). Age of onset in different phobias. *Journal of Abnormal Psychology, 96*, 223-229.

[116] Capítulo 4

- Öst, L. G., & Hugdahl, K. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behav. Res. Ther., 16*, 439-447.
- Pilkonis, P. A. (1977). Shyness, public and private, and its relationship to other measures of social behavior. *Journal of Personality, 45*, 585-595.
- Plomin, R., & Rowe, D. C. (1979). Genetic and environmental etiology of social behavior in infancy. *Developmental Psychology, 15*, 62-72.
- Reich, J. H., & Yates, W. (1988). Family history of psychiatric disorders in social phobia. *Comprehensive Psychiatry, 29*, 72-75.
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Gersten, M., Hirshfeld, D. R., Meminger, S. R., Herman, J. B., Kagan, J., Reznick, J.S., & Snidman, N. (1988). Behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and agoraphobia. *Archives of General Psychiatry, 45*, 463-470.
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Hirshfeld, D. R., Bolduc, E. A., Kagan, J., Snidman, N., & Reznick, J. S. (1991). Further evidence of an association between behavioral inhibition and anxiety disorders: Results from a family study of children from a nonclinical sample. *Journal of Psychiatric Research, 25*, 49-65.
- Schneier, F. R., Liebowitz, M. R., Beidel, D., Fyer, A. J., George, M. S., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Klein, A. P., Lydiard, R. B., Mannuzza, S., Martin, L. Y., Nardi, E. G., Roscow, D. B., Spitzer, R. L., Turner, S. M., Uhde, T. W., Vasconcelos, I. L., & Versiani, M. (1996). Social phobia. In T. A. Widiger, A. J. Frances, H. A. Pincus, M. B. First, R. Ross, & W. Davis (Eds.), *DSM-IV, Source Book* (Vol. 2). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stein, M. B., Chartier, M. J., Hazen, A. L., Kozak, M. V., Tancer, M. E., Lander, S., Furer, P., Chubaty, D., & Walker, J. R. (1998). A direct-interview family study of generalized social phobia. *American Journal of Psychiatry, 155*, 90-97.
- Stemberger, R. T., Turner, S. M., Beidel, D. C., & Calhoun, K. S. (1995). Social phobia: an analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 526-531.

- Townsley, R. (1992). Social phobia: identification of possible etiological factors. Unpublished doctoral dissertation, University of Georgia, Athens, (citado em Mineka, S., & Zinbarg, R. (1995). Conditioning and Ethological Models of Social Phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope and F. R. Schneier (Eds), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. Guilford Press, New York).
- Turner, S. Beidel, D., & Townsley, R. (1990). Social phobia: relationship to shyness. *Behav. Res. Ther.*, 28, 497-505.
- Turner, S. M., & Beidel, D. C. (1989). Social phobia: A clinical syndrome, diagnosis, and comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 9, 3-18.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Larkin, K. T. (1986). Situational determinants of social anxiety in clinic and non-clinic samples: Physiological and cognitive correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 523-527.

[117] Etiologia e Factores Desenvolvimentais

- Turner, S. M., Beidel D C., & Wolff, P. L. (1996). Is behavioral inhibition related to anxiety disorders? *Clinical Psychology Review*, 16, 157-172.
- Turner, S. M., Beidel D. C., Dancu, C. V. & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 35-40.
- Watson, D., L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346-353.
- Weissman, M. M. (1985). The epidemiology of anxiety disorders: Rates, risks and familial patterns. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 275-296). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Zimbardo. P. G. (1977). *Shyness: What it is, what to do about it*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.

[118]

[119]

Capítulo 5

Modelos Comportamentais e Cognitivos

José Pinto Gouveia

Neste capítulo serão abordados os modelos teóricos de tradição comportamental e cognitiva que, ao longo das duas últimas décadas, deram contributos importantes para a investigação e tratamento da ansiedade social. Na organização do capítulo teve-se em conta a compreensibilidade dos modelos, a sua importância histórica e influência em modelos subsequentes, procurando dar ao leitor uma perspectiva acerca da evolução das conceptualizações teóricas da ansiedade social e a natureza integradora dos modelos mais recentes.

Modelos Comportamentais

O interesse pela investigação e tratamento da ansiedade social tem uma rica e longa tradição na área comportamental. Anteriormente ao reconhecimento pelo DSM-III, em 1980, da fobia social como uma entidade clínica autónoma, existia já uma abundante literatura na área comportamental sobre os aspectos etiológicos e terapêuticos da ansiedade social.

Inicialmente, na década de 70, as explicações comportamentais para a etiologia da ansiedade social assentavam basicamente em duas grandes hipóteses: a ansiedade social como uma resposta condicionada, ou como o resultado de um défice de competências sociais no repertório comportamental do indivíduo.

[120] Capítulo 5

Mais tarde, a partir dos anos 80, devido à influência crescente da perspectiva cognitiva, começa a ser valorizada a hipótese de que mais que uma resposta condicionada, ou o resultado de um défice de competências sociais, o aspecto crucial na ansiedade social seria a existência de cognições disfuncionais que levariam o indivíduo a desvalorizar o seu desempenho social, a interpretar as situações sociais como ameaçadoras (de rejeição ou perda de estatuto) e, conseqüentemente, a inibir as suas respostas sociais. Antes de abordarmos mais em pormenor estas três hipóteses importa realçar aqui dois aspectos que ajudam a compreender a evolução dos modelos cognitivo-comportamentais mais recentes. Mesmo nos anos 70 e inícios dos anos 80, estas três hipóteses não eram encaradas como mutuamente exclusivas, mas sim como diferentes vias possíveis para o desenvolvimento da ansiedade social, que poderiam coexistir no mesmo indivíduo e se influenciar reciprocamente, contribuindo para a manutenção da ansiedade social. Por exemplo, um jovem que após repetidas experiências de humilhação social por colegas ou familiares passa a experimentar ansiedade e evita situações sociais (hipótese do condicionamento traumático), tem menos probabilidades de desenvolver um repertório eficaz de competências interpessoais que o levem a ser avaliado positivamente pelos seus pares, aumentando a probabilidade de ter experiências sociais negativas que manteriam e agravariam a sua ansiedade condicionada (hipótese do défice de competências sociais), e o levariam a interpretar as situações sociais como ameaçadoras, inibindo ainda mais as suas respostas sociais (hipótese das cognições disfuncionais).

Um segundo aspecto, tem a ver com o contributo destas hipóteses iniciais que, ao gerarem investigações para as confirmar, permitiram identificar a complexidade e diversidade dos factores etiológicos na ansiedade social, originando a sua reformulação e integração em modelos mais abrangentes e integradores, desenvolvidos na década de 90.

[121] Modelos Comportamentais e Cognitivos

Teorias do Condicionamento na Ansiedade Social

A hipótese da ansiedade social como resposta condicionada resultava da teoria do condicionamento clássico e explicava a aquisição da ansiedade social através da existência

na história do ansioso de situações de condicionamento traumático. Nesta perspectiva, tal como nas outras fobias específicas, a ansiedade social desenvolver-se-ia como o resultado do emparelhamento de estímulos sociais (observado pelos outros, falar em público) com estimulações aversivas, como ser criticado, humilhado ou diminuído pelos outros. Após algumas experiências deste tipo, os estímulos sociais passariam a funcionar como estímulos condicionados e desencadeando respostas ansiosas em situações sociais semelhantes. A ansiedade experimentada nestas situações conduziria ao desconforto e evitamento característico dos fóbicos sociais.

O apoio a esta hipótese do condicionamento, na etiologia da fobia social, vem essencialmente de duas fontes diferentes: dos estudos retrospectivos com fóbicos sociais acerca do início das suas dificuldades e dos estudos laboratoriais de condicionamento.

Os resultados obtidos em estudos retrospectivos com fóbicos sociais (Öst & Hugdahl, 1981; Ost, 1987), verificaram que mais de 50% dos fóbicos sociais relatavam a ocorrência de acontecimentos traumáticos que acreditavam estarem associados ao início da sua fobia social. Também Townsley (1992), ao investigar os diferentes factores que poderiam estar associados ao início da fobia social nos dois subtipos, verificou que os fóbicos sociais recordavam mais episódios de condicionamento traumático que os controlos normais, e que a existência desses episódios era mais frequente nos fóbicos sociais do subtipo específico que nos do subtipo generalizado. Resultados semelhantes foram encontrados por Stemberger e cols. (1995), confirmando que episódios de condicionamento traumático podem estar mais associados ao início da fobia social do subtipo específico, que do subtipo generalizado (ver capítulo 4 para uma descrição mais detalhada e discussão dos resultados destes estudos). Se estes resultados apoiam a hipótese do condicionamento na etiologia da fobia social, pelo menos no subtipo específico, há no entanto que ter em conta que eles têm a limitação de serem estudos baseados em relatos retrospectivos e, nesse sentido, não constituírem um apoio suficientemente sólido para uma teoria etiológica.

Apoio mais sólido à hipótese do condicionamento é fornecido

[122] Capítulo 5

pelos trabalhos laboratoriais de Ohman e colaboradores (Öhman & Dimberg, 1978; Dimberg & Öhman, 1983; Öhman, Dimberg & Esteves, 1989). Numa série de estudos de condicionamento em laboratório descritos em pormenor mais adiante (ver modelos evolucionários), os autores mostraram que era possível obter mais rapidamente respostas de medo condicionadas a expressões faciais de cólera ou rejeição que a expressões faciais neutras, que essas respostas de medo se mostravam mais resistentes à extinção que as respostas de medo condicionadas a expressões faciais neutras, e que uma vez obtida a resposta de medo condicionada a expressões faciais, apenas as expressões de cólera provocavam a resposta condicionada de medo quando apresentadas subliminarmente, tal não acontecendo com as expressões neutras ou alegres.

No seu conjunto, os resultados obtidos nestes estudos dão um substancial apoio à importância do condicionamento na génese da fobia social, com os estudos de Öhman e colaboradores a sugerir que poderá existir uma predisposição genética facilitadora do condicionamento de medos sociais a expressões de hostilidade ou cólera.

A hipótese de a ansiedade social poder representar uma resposta ansiosa condicionada teve importantes implicações terapêuticas, sugerindo métodos de tratamento que facilitassem a extinção da resposta ansiosa nas situações sociais. Na realidade, a larga maioria das intervenções terapêuticas eficazes no tratamento da ansiedade social são baseadas em métodos de exposição, ou incluem um componente de exposição associado a outros métodos terapêuticos. No entanto, a utilização de métodos de exposição no tratamento da ansiedade social levanta problemas práticos muito concretos, que serão debatidos mais adiante no capítulo sobre tratamento, e que tornam difícil a sua utilização isolada.

A Hipótese do Défice de Competências Sociais na Ansiedade Social

A hipótese de a ansiedade social se desenvolver como o resultado da existência de um défice nas competências sociais do indivíduo

[123] Modelos Comportamentais e Cognitivos

está associada aos programas terapêuticos de Treino de Competências Sociais, largamente utilizados no tratamento comportamental da ansiedade social, nos anos setenta e oitenta. Por competência ou aptidão social, entende-se a capacidade de exprimir, num contexto interpessoal, tanto emoções positivas como negativas sem sofrer uma perda de reforço social. Esta competência seria demonstrada numa larga variedade de situações interpessoais e implicaria a emissão coordenada de respostas verbais e não verbais (Bellack & Hersen, 1977).

Segundo esta hipótese, a existência em um indivíduo de défices de competências sociais levá-lo-ia a um desempenho social inadequado que originaria consequências sociais indesejáveis (níveis baixos de reforço social e avaliações negativas pelos outros). Estas consequências indesejáveis contribuiriam para o desconforto e ansiedade experimentados pelo ansioso social, quando confrontado com uma situação social. Para este modelo, a ansiedade e o desconforto experimentados pelo ansioso social quando confrontado com uma situação social receada resulta das suas experiências de incompetência social e das consequências indesejáveis que daí resultaram. A ansiedade e o desconforto sentidos pelo ansioso social são assim encarados mais como uma consequência, que como a causa do seu comportamento social ineficaz. Por outro lado, devido às suas experiências negativas o ansioso social evitaria as situações sociais, desperdiçando assim a oportunidade de praticar as competências sociais existentes no seu repertório e provocando assim um agravamento das suas dificuldades (Pinto-Gouveia, 1986; Trower, Bryant, & Argyl, 1978). As intervenções terapêuticas de treino de competências sociais eram o resultado lógico desta formulação e com elas se visava o desenvolvimento no ansioso social de um repertório de competências sociais que tornasse o seu comportamento social mais eficaz e o conduzisse a relações interpessoais mais gratificantes, que diminuiriam o seu desconforto e receio de avaliações negativas pelos outros.

Os resultados terapêuticos positivos obtidos com os programas do Treino de Competências Sociais (Kindness & Newton, 1984; Stravynsky Grey & Elie, 1987) não

conferem contudo um apoio directo ao modelo de défice de competências sociais, dado que todos eles utilizam

[124] Capítulo 5

também um componente de exposição e prática ao vivo, ficando assim por elucidar qual o contributo relativo do treino de competências sociais e da exposição para os resultados terapêuticos obtidos.

Por outro lado, a sua utilização e os resultados das investigações acerca das competências sociais dos ansiosos sociais foi tornando mais claro que, não só nem todos os ansiosos sociais apresentam défices no seu repertório de competências sociais, mas também que a relação entre desempenho social e ansiedade social era complexa e dependente de numerosos factores.

Para uma descrição detalhada dos estudos que avaliaram o desempenho social dos ansiosos ou fóbicos sociais segundo os critérios do DSM-III-R, pode ser consultado o capítulo 2, e não repetiremos aqui a discussão dos resultados obtidos.

Resumidamente, no seu conjunto os resultados são pouco consistentes, não apontado para a existência de um défice claro no desempenho social da maioria dos ansiosos ou fóbicos sociais estudados, fornecendo assim um fraco apoio à hipótese dos défices de competências sociais na génese da ansiedade social. Alguns resultados contraditórios encontrados poderão estar relacionados com o tipo de população estudada (ansiosos sociais não clínicos *versus* fóbicos sociais) e com o tipo de tarefa social em análise, sugerindo que, a existirem alguns défices de competências sociais, estes sejam mais identificáveis em algumas tarefas sociais do que em outras. Parece no entanto existir um grupo de fóbicos sociais em que é possível identificar défices de competências sociais e em que predominam indivíduos com distúrbios evitante de personalidade (Marks, 1985; Turner, Beidel, Dancu & Keys, 1986b), ficando por esclarecer em que medida o pior desempenho social destes poderá ser apenas o reflexo de uma maior severidade clínica.

Mais consistentes mostravam-se os resultados dos estudos que apontavam para a existência, nos ansiosos e fóbicos sociais, de um enfiamento ou distorção cognitiva na percepção de si mesmo e do seu desempenho social, quando confrontados com uma tarefa social (ver capítulo 2), apoiando assim a hipótese cognitiva e estimulando o desenvolvimento de modelos cognitivo-comportamentais para a ansiedade social.

[125] Modelos Comportamentais e Cognitivos

Modelos Cognitivo-Comportamentais

O medo de ser avaliado negativamente pelos outros é um componente central das manifestações clínicas da fobia social. A consistência da sua identificação nos fóbicos sociais e a verificação da sua influência nas outras manifestações clínicas da fobia social, sugeria que o componente cognitivo desempenhava um papel nuclear na manutenção das dificuldades dos fóbicos sociais e, eventualmente, na sua etiologia (Cacioppo, Glass & Merluzzi, 1979; Beck *et al.*, 1985; Butler, 1985; Pinto-Gouveia *et al.*, 1986; Mattick & Peters, 1988). Do mesmo modo, e como foi acima já referido, a investigação com fóbicos

sociais mostrava, nestes, a existência de enviesamentos na percepção de si mesmo e na avaliação do seu desempenho, que os diferenciavam dos controlos normais. Não será assim de estranhar que a fobia social fosse encarada como um distúrbio em que o componente cognitivo era nuclear e isso estimulasse o desenvolvimento de modelos cognitivos para a sua explicação.

O Modelo Cognitivo de Beck e Emery

No livro *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*, Beck, Emery e Greenberg (1985) desenvolveram uma perspectiva cognitiva da fobia social, em que o medo de revelar as suas inadequações sociais em frente dos outros era encarado como um aspecto nuclear no desenvolvimento e manutenção da fobia social.

Esta vivência de vulnerabilidade à avaliação pelos outros estaria relacionada com a existência de um auto-esquema de ineficácia e incompetência para lidar com as situações sociais. Para Beck, Emery e Greenberg (1985), um auto-esquema deste tipo tem uma origem desenvolvimental, formando-se a partir do confronto da criança ou adolescente com situações sociais que ultrapassam as suas competências sociais em formação, ou quando se sente inseguro dessas competências. Desenvolve-se assim um receio de ser incompetente, de falhar ou de se comportar de forma ridícula. Este medo poderá manter-se mesmo após o adolescente ter desenvolvido um repertório adequado de competências sociais.

[126] Capítulo 5

As situações sociais tornar-se-iam então ameaçadoras para os fóbicos sociais, originando uma hipersensibilidade à possibilidade de serem avaliados e levando-os a desenvolverem uma hipervigilância cognitiva à rejeição, que se traduziria em distorções no processamento da informação, mais especificamente enviesamentos nos processos de atenção, avaliação e interpretação das situações sociais.

A existência de regras rígidas e disfuncionais acerca do comportamento social e a magnificação das consequências do fracasso seriam aspectos também frequentemente encontrados nos fóbicos sociais, e contribuiriam de forma importante para a experiência de vulnerabilidade e medo nas situações sociais. Deste modo, ao entrar numa situação social, o medo de fracassar ou de se comportar de uma forma socialmente inadequada perante os outros, originaria uma resposta ansiosa com níveis elevados de activação autonómica e fenómenos de inibição (experimentados como ficar paralisado ou incapaz de pensar - "brancas"). Estes sintomas ansiosos vão interferir com a execução social do indivíduo e aumentam a probabilidade de uma fraca prestação social, originando-se assim um ciclo vicioso que confirma as suas crenças de incompetência social. O fortalecimento das crenças acerca da sua vulnerabilidade ou incompetência social conduzem o fóbico social ao evitamento das situações sociais, como forma de se proteger da avaliação e rejeição dos outros, mas este evitamento funciona como um mecanismo de manutenção do problema ao impedi-lo de poder desconfirmar as suas crenças disfuncionais acerca da sua incompetência social. Também o enviesamento na interpretação das situações sociais, levando o fóbico social a detectar criticismo ou avaliação negativa pelos outros quando tal poderá não estar a acontecer, funciona como um factor de manutenção dos seus medos sociais.

Se esta formulação de Beck, Emery e Greenberg, contem no essencial muitos dos elementos das perspectivas cognitivas actuais sobre os processos que ocorrem na fobia social, outros autores acrescentaram contribuições importantes para a compreensão do desenvolvimento e manutenção da fobia social.

[127] Modelos Comportamentais e Cognitivos

Fig. 1. **Modelo Cognitivo da Fobia Social (Beck, Emery & Greenberg, 1985)**

Auto-Esquemas de Ineficácia e Incompetência para Lidar com Situações Sociais:

Regras Rígidas e Disfuncionais Acerca do Comportamento Social:

Magnificação das Consequências do Fracasso:

(origina) -VIVÊNCIA DE VULNERABILIDADE À AVALIAÇÃO PELOS OUTROS

- SITUAÇÃO SOCIAL

- **MEDO DE REVELAR AS SUAS INADEQUAÇÕES SOCIAIS EM FRENTE DOS OUTROS**

Resposta Ansiosa

- Activação do S:N:A:

- Inibição

- Desempenho Social Pouco Eficaz

- Evitamento Social

Adaptado a partir de Beck, Emery & Greenberg (1985)

O Modelo Cognitivo-Comportamental de Heimberg e Barlow

Heimberg e Barlow (Heimberg & Barlow, 1988; Heimberg & Barlow, 1991) desenvolveram um modelo, que embora tendo pontos de contacto importantes com o modelo de Beck, Emery & Greenberg (1985), acentua a importância da influência da atenção auto-focada no aumento da ansiedade e desempenho social ineficaz dos fóbicos sociais. Este modelo, que procura explicar o que acontece quando um indivíduo é confrontado com uma situação de interacção social, enfatiza que o fóbico social, quando é confrontado com uma situação deste tipo, desenvolve um conjunto de expectativas negativas acerca

[128] Capítulo 5

da possibilidade de ficar ansioso e da percepção dessa ansiedade pelos outros, que o levam a avaliar a situação como ameaçadora e o conduzem a auto-focar a atenção. Esta atenção auto-focada intensifica os sintomas de ansiedade e desvia a atenção da tarefa social, conduzindo a um desempenho social menos eficaz e, posteriormente, ao evitamento de situações sociais do mesmo tipo. Contrariamente, nos indivíduos sem ansiedade social e com expectativas positivas acerca do seu comportamento em interacção social, o aumento

de activação autonômica conduz a um aumento do foco de atenção na tarefa social e nos sinais externos com ela relacionados facilitando um bom desempenho social (Fig. 2).

Fig. 2. Modelo de Disfunção Social de Heimberg e Barlow

EXIGÊNCIA EXPLÍCITA OU IMPLÍCITA DE EXECUÇÃO SOCIAL:

(Contexto conduzido a expectativas publicas de execução social)

- Afecto e Expectativas Positivas .Percepção de Controlo do Comportamento e Ansiedade
- Foco de Atenção nos Sinais Sociais Externos
- Aumento da Activação do Sistema Nervoso Autónomo
- Aumento do Foco de Atenção nos Sinais Sociais Externos
- Execução Social Funcional

APROXIMAÇÃO SOCIAL

Ou

EXIGÊNCIA EXPLÍCITA OU IMPLÍCITA DE EXECUÇÃO SOCIAL:

(Contexto conduzido a expectativas publicas de execução social)

- Afecto e Expectativas Negativas. Percepção de Falta de Controlo do Comportamento ou Ansiedade
- Atenção Auto-Focada nas Consequências Públicas da Fraca Execução Social ou outros aspectos distractores.
- Aumento da Activação do Sistema Nervoso Autónomo
- Aumento do Auto-Foco nas Consequências de Fraca Execução Social
- Execução Social Disfuncional

EVITAMENTO SOCIAL

Adaptado de Heimberg & Barlow (1988)

[129] Modelos Comportamentais e Cognitivos

O Modelo de Auto-Apresentação de Leary

Leary e colaboradores (Leary, 1983; Leary, & Kowalsky, 1995; Schlenker & Leary, 1982), adoptando uma perspectiva motivacional, desenvolveram o Modelo da Auto-Apresentação no qual questionam que a ansiedade social esteja necessariamente associada ao medo de valiação negativa. Segundo estes autores, o aspecto nuclear da ansiedade social é a discrepância entre a motivação para produzir uma determinada impressão nos outros e a dúvida acerca da sua capacidade em conseguir esse objectivo com sucesso. Em apoio desta ideia, apontam situações de ansiedade social em que o indivíduo não receia estar a fazer triste figura ou ser objecto de avaliação negativa pelos outros, centrando-se a sua preocupação no receio que o seu desempenho não impressione tão positivamente os outros como desejaria. Vemos assim que, para Leary e colaboradores, a existência de ansiedade

social implicaria necessariamente a existência conjunta de uma forte motivação para causar uma impressão social positiva, e expectativas negativas ou dúvida acerca da sua competência para o conseguir.

O Modelo Cognitivo de Clark e Wells

Procurando integrar aspectos fundamentais das contribuições de Beck, Emery e Greenberg (1985), Butler (1985), Hartman (1983), Heimberg e Barlow (1988), Leary (1983), Salkovskis (1991), Teasdale e Barnard (1993) e Trower e Gilbert (1989), Clark e Wells (1995) propõem um modelo cognitivo que faz uma síntese dos modelos anteriores e é essencialmente um modelo explicativo dos processos que ocorrem quando um fóbico social entra numa situação social que avalia como ameaçadora, e dos factores de manutenção da fobia social.

Para Clark e Wells (1995), o núcleo da fobia social é o desejo intenso de transmitir aos outros uma impressão favorável de si mesmo, acompanhado de uma grande insegurança acerca da sua capacidade de o conseguir.

O modelo parte da suposição que, como resultado da interacção experiências prévias com predisposições comportamentais inatas, os fóbicos sociais desenvolvem um conjunto de suposições acerca de

[130] Capítulo 5

si mesmo e das situações sociais que os leva a interpretar as situações sociais como ameaçadoras e perigosas. Mais especificamente, os fóbicos sociais acreditam que ao entrarem numa situação social correm risco de se comportarem de uma forma inapta e inaceitável e que esse comportamento inapto e inaceitável terá consequências muito negativas em termos da forma como são percebidos pelos outros, podendo diminuir o seu estatuto social, valor pessoal e levar à rejeição. Como resultado destas crenças, as situações sociais representam um perigo para o fóbico social, e a sua entrada numa situação social activa automaticamente um "programa de ansiedade" (Clark & Wells, 1995; Clark, 1997). Este "programa de ansiedade" é constituído por um conjunto complexo de alterações cognitivas, afectivas, somáticas e comportamentais integradas, formadas relativamente cedo na evolução da espécie e destinadas a lidar com os perigos objectivos encontrados nesse ambiente primitivo. No caso dos fóbicos sociais (assim como em outros distúrbios ansiosos), como as ameaças são mais imaginárias que reais, este programa evolucionário para lidar com ameaças objectivas torna-se inadequado e, é por si mesmo, fonte de percepção de perigo, originando ciclos viciosos que mantêm ou agravam a ansiedade. O "programa de ansiedade" activado nos fóbicos sociais quando entram numa situação social que interpretam como ameaçadora, pode ser basicamente descrito como constituído por três componentes fundamentais interligados, que se mostram especialmente importantes na determinação do seu comportamento social e na manutenção da fobia social (Figura 3).

O primeiro componente diz respeito aos sintomas somáticos e cognitivos de ansiedade que são activados pela percepção do perigo e que podem incluir o tremer, corar, taquicardia, sudação, palpitações, pensamentos avaliativos negativos, dificuldades de concentração ou "vazio mental". Estes sintomas podem, por sua vez, ser interpretados como

nova fonte de perigo, criando um ciclo vicioso que mantém ou aumenta ainda mais a ansiedade. Por exemplo, a taquicardia pode ser interpretada como um sinal de descontrole, ou, o tremer como um sinal revelador de insegurança, o que aumentará ainda mais o embaraço e a ansiedade, que por sua vez provocará mais taquicardia ou mais tremor.

[131] Modelos Comportamentais e Cognitivos

Fig. 3. Modelo Cognitivo de Clark e Wells

Adaptado a partir de Clark e Wells (1995)

O segundo componente tem a ver com a mudança no foco de atenção. Quando se confronta com uma situação social interpretada como ameaçadora, o fóbico social entra em atenção auto-focada, focando-se numa observação e monitorização detalhada de si mesmo. Esta mudança para uma situação de atenção auto-focada, é um aspecto crucial no desenvolvimento e manutenção da fobia social, devido a três efeitos fundamentais que resultam dele:

1. Um efeito intensificador da percepção das sensações corporais que, no caso dos fóbicos sociais, torna mais consciente e intensiva os sintomas somáticos e cognitivos de ansiedade já existentes.

[132] Capítulo 5

Esta intensificação origina que, por exemplo, um pequeno tremor seja muitas vezes experimentado como um tremor grosseiro, ou que um leve ruborização seja experimentada como um forte corar.

2. Um efeito de interferência no processamento dos estímulos da situação social, originando que o fóbico social processe deficientemente os sinais de comunicação emitidos pelo outro. Estes sinais, que são um importante aspecto regulador na comunicação interpessoal, são tipicamente mal utilizados pelos fóbicos sociais ou interpretados de uma forma enviesada. Por exemplo, frequentemente não utilizam aquilo que o outro disse para continuarem uma conversa, ou interpretam sinais sociais neutros como sinais de avaliação negativa ou rejeição.

3. Finalmente, o fóbico social utiliza a informação interoceptiva intensificada pela atenção auto-focada para gerar uma impressão ou imagem de si mesmo, que assume corresponder ou reflectir a forma como os outros o vêem ou pensam acerca dele. Isto é, em vez de focar a atenção nos outros e nos sinais emitidos por estes para obterem informação acerca da forma como os outros o poderão estar a perceber, o fóbico social foca preferencialmente a atenção nos sintomas cognitivos e somáticos da ansiedade que está a experimentar, e constrói uma imagem de si mesmo que assume automaticamente ser a impressão que os outros têm dele. Esta imagem é construída a partir de uma perspectiva de observador, isto é, uma imagem como se o fóbico social se observasse a si mesmo a partir de um ponto de vista exterior a si mesmo.

Este aspecto, que parece ser central na fobia social, facilita distorções acentuadas nas vivências dos fóbicos sociais, que frequentemente parecem não distinguir entre o

sentirem-se humilhados do serem realmente humilhados, o sentirem-se descontrolados do estarem visivelmente descontrolados, e o sentirem-se ansiosos do estarem visivelmente ansiosos para os outros (Clark & Wells, 1995; Clark, 1997).

A valorização que Clark e Wells atribuem a estas imagens negativas de si mesmo, geradas pelos fóbicos sociais quando ansiosos, e o seu papel na manutenção das suas crenças negativas acerca da forma como os outros os vêem, recebeu apoio empírico em dois estudos recentes. No primeiro, Wells, Clark e Ahmad (1998) testaram a hipótese

[133] Modelos Comportamentais e Cognitivos

de os fóbicos sociais mostrarem uma tendência acentuada para recordarem as situações sociais em que se sentiram ansiosos a partir de uma perspectiva de observador (como se estivessem a olhar para si mesmos a partir de um ponto de vista externo), tal não acontecendo com as situações não sociais. Utilizando uma amostra de 12 fóbicos sociais e 12 controlos normais, pediram-lhes que recordassem em imagem uma situação social e uma situação não social recente, em que tivessem ficado ansiosos. Os resultados mostraram que os fóbicos sociais se distinguiam dos normais por as suas memórias das situações sociais terem uma perspectiva de observador (como se estivessem a olhar para si mesmos a partir de um ponto de vista exterior) enquanto as memórias dos normais tinham uma perspectiva de campo (como se estivessem a ver os detalhes do que estava a acontecer na situação a partir dos seus próprios olhos). Para as memórias da situação não social, não foram encontradas diferenças entre os normais e os fóbicos sociais, ambos os grupos tendendo a utilizar uma perspectiva de campo.

Num prolongamento deste primeiro estudo, Hackman, Surawy e Clark (1998) investigaram a ocorrência de imagens espontâneas em situações sociais que despertam ansiedade, em 30 fóbicos sociais e 30 controlos normais. Utilizaram uma entrevista semi-estruturada que avaliava a ocorrência de imagens espontâneas, a sua frequência, a sua valência emocional e se elas traduziam uma perspectiva de observador ou de campo. Verificaram que os fóbicos sociais, quando comparados com os controlos, relatavam significativamente mais ocorrências de imagens espontâneas, quando ficavam ansiosos em situações sociais. Além disso, as imagens dos fóbicos sociais eram significativamente mais negativas e mais frequentemente envolviam verem-se a si mesmos a partir duma perspectiva de observador, que as imagens dos controlos normais.

Os resultados destes dois estudos dão, assim, um forte apoio à sugestão de Clark e Wells (1995), de que os fóbicos sociais construíam uma imagem de si mesmos a partir da informação interna, entre a qual imagens que ocorrem espontaneamente, e que estas imagens são focadas no eu que nos outros, e tendem a consistir numa imagem negativa e distorcida de si mesmo, imagem esta de si mesmo como observado pelos outros.

[134] Capítulo 5

Esta constatação apoia também a hipótese do modelo cognitivo acerca da importância destas imagens negativas para a compreensão dos processos patológicos na fobia social, isto é, que as imagens auto-geradas de como o indivíduo pode ser visto pelos outros era uma das principais fontes de informação utilizadas pelos fóbicos sociais de forma a inferir como de

facto se mostram aos outros, e acerca do que os outros estão a pensar acerca deles, sendo um importante factor de manutenção da fobia social.

Há que ter em conta, porém, que a utilização da auto-percepção para construir uma ideia ou imagem acerca da impressão que os outros têm deles não é exclusiva dos fóbicos sociais. Investigações em psicologia social (Kenny & DePaulo, 1993) mostraram que em todos os indivíduos a ideia da impressão que os outros têm deles é em parte baseada em auto-percepções. Contudo, nos fóbicos sociais este processo torna-se dominante, conduzindo a um funcionamento em sistema fechado em que os sintomas cognitivos e somáticos gerados pelo medo de poderem ser avaliados negativamente são utilizados como confirmação que estão em risco de serem avaliados negativamente, e os sinais contextuais que poderiam desconfirmar o seu receio não são processados. Segundo Stopa e Clark (1993) esta seria a diferença fundamental entre a timidez e a fobia social. Os indivíduos tímidos entram nas interacções sociais com o mesmo tipo de preocupações avaliativas que os fóbicos sociais, mas são capazes de utilizar os sinais emitidos pelos outros (respostas positivas ou de interesse) para se tranquilizarem e interromperem o ciclo dos seus pensamentos negativos e ansiedade.

A possibilidade de um fóbico social ter experiências sociais realmente novas e desconfirmadoras do seu receio de avaliação negativa fica assim muito reduzida, condenando-o à repetição de ciclos interpessoais rígidos que mantêm a sua fobia social.

Este processamento deficiente da informação social, que impede a desconfirmção da impressão negativa de si mesmo gerada pelas suas auto-percepções, ajuda a compreender um aspecto frequentemente observado pelos clínicos que tratam fóbicos sociais: a manutenção do receio de avaliação negativa apesar de experiências sociais que aparentemente deveriam desconfirmar esse receio, assim como o benefício

[135] Modelos Comportamentais e Cognitivos

limitado que muitos destes doentes tiram dos exercícios de exposição.

O terceiro componente do "programa de ansiedade" refere-se aos comportamentos de segurança. Quando entram numa situação social que interpretam como ameaçadora, os fóbicos sociais tendem a utilizar um conjunto de comportamentos através dos quais procuram diminuir a sua vivência de ameaça e o risco de serem avaliados negativamente. Exemplos frequentes de comportamentos de segurança são: tentar não atrair a atenção, verificar ou controlar cuidadosamente o que vai dizer, falar o menos possível, evitar o contacto visual, esconder as mãos para não mostrar o seu tremor. Há no entanto grandes variações pessoais na utilização destes comportamentos de segurança específicos, que frequentemente se mostram associados a tentativas de prevenir ou evitar aspectos do comportamento que acreditam serem avaliados negativamente pelos outros.

Alguns exemplos de situações, em que a ligação entre comportamentos de segurança e a tentativa de prevenir ou evitar avaliações negativas são evidentes, são: uma doente, que receava que a avaliassem como maçadora e pouco culta, procurava falar o menos possível e com frases curtas; doentes, que receiam que o seu tremor se torne visível e seja avaliado como um sinal de insegurança, tendem a apertar com mais força o copo quando têm que beber ou colocam pouco líquido no copo para se protegerem da possibilidade do tremor os fazer entornar o líquido; doentes com a preocupação que os

outros os avaliem como ansiosos se fizerem pausas no discurso, tenderão a falar rapidamente. Estes comportamentos de segurança, que o fóbico social mantém rigidamente devido ao sentimento de protecção que retira deles, são contudo problemáticos, pois, como Salkovskis (1991) e Wells e cols. (1995) apontaram, contribuem para a manutenção do problema por duas razões principais: a primeira é que a sua utilização impede a desconfirmação das crenças irrealistas acerca da forma como os outros interpretam os seus comportamentos receados (enquanto evitar que os outros possam ver o seu possível tremor, não pode descobrir que os outros não prestam grande atenção a isso; enquanto evitar pausas no discurso, não pode descobrir que os outros não tendem a interpretar isso como um sinal que está inseguro ou ansioso;

[136] Capítulo 5

enquanto utilizar frases curtas ou falar o menos possível, não pode descobrir que os outros se podem interessar e não desvalorizam o que diz); a segunda, tem a ver com o efeito que alguns dos comportamentos de segurança têm no comportamento receado, aumentando sua probabilidade de ocorrência. Por exemplo, o apertar mais o copo para disfarçar o tremor origina frequentemente um aumento do tremor, ou o pensar cuidadosamente no que vai dizer para impressionar favoravelmente o outro, origina frequentemente um ar distante e de desinteresse enquanto o outro fala.

O “programa de ansiedade” que acabámos de descrever, e que traduz a perspectiva cognitiva do que acontece quando um fóbico social entra numa situação social que interpreta como ameaçadora, engloba, assim, várias contribuições teóricas e empíricas de diferentes autores, que Clark e Wells reuniram numa feliz síntese integradora. Há que ter em conta que os três componentes descritos funcionam interligados e simultaneamente, e que a sua descrição isolada obedece apenas a fins didácticos. O resultado final deste “programa de ansiedade”, a experiência de ansiedade social, é um fenómeno unitário complexo, que envolve o indivíduo na sua globalidade e que apresenta largas variações individuais. Em alguns casos o comportamento social do indivíduo é afectado por este conjunto de alterações que acontecem quando entra numa situação social. A sua ansiedade pode originar sudação, tremor grosseiro ou corar, o que, conjugado com a utilização de alguns comportamentos de segurança, pode originar um comportamento social pouco eficaz, que é interpretado pelos outros como distante e pouco interessante, e provocar respostas menos calorosas e amigáveis. Esta situação pode traduzir-se em padrões de interacção menos positivos que confirmam os receios de avaliação negativa e rejeição do sujeito, gerando-se um ciclo que mantém a fobia social (Pinto-Gouveia, 1997).

Ansiedade Antecipatória e Processamento Pós-Situação

Uma análise dos factores de manutenção da fobia social não estará completa sem incluir dois outros aspectos, frequentemente

[137] Modelos Comportamentais e Cognitivos

descritos pelos fóbicos sociais: a ansiedade antecipatória e a revisão detalhada do que aconteceu após ter terminado a interacção social.

Ao anteciparem uma situação social receada é frequente os fóbicos sociais tentarem antever em detalhe o que poderá acontecer nessa situação. Quando iniciam esta antevisão ficam ansiosos e os seus pensamentos são dominados por memórias dos seus fracassos em situações anteriores, imagens negativas de si mesmo na situação pensamentos automáticos de fracasso. Algumas vezes a ansiedade antecipatória gerada é tão intensa que leva o indivíduo a evitar a situação. Porém, quando isto não acontece e o indivíduo se confronta com a situação social, entra nela já com níveis elevados de ansiedade e num modo de processamento auto-focado que o impede de identificar possíveis sinais de aceitação tranquilizadores e o conduz, como vimos atrás, a um funcionamento social pouco eficaz (Clark & Wells, 1995; Clark, 1977). Deste modo, ao tentar diminuir o seu receio de avaliação negativa, através da antevisão detalhada do que poderá acontecer na situação social antecipada, o fóbico social gera um conjunto de processos cognitivos que vão aumentar a sua ansiedade e contribuir para um funcionamento social pouco eficaz, o que contribui para a manutenção da sua fobia social.

Um mecanismo semelhante acontece também com frequência após a interacção social. Se a ansiedade diminui habitualmente ao sair ou terminar a situação de interacção, muitos fóbicos sociais descrevem um sentimento de vergonha ou de humilhação que persiste por vezes longo tempo após o fim da interacção. Este sentimento de humilhação parece estar relacionado com a tendência para realizarem a “autópsia” da situação, revendo em detalhe tudo aquilo que aconteceu durante a interacção. Embora o objectivo desta “autópsia” seja tentativa de se tranquilizarem acerca do seu receio de terem sido avaliados negativamente, o seu resultado é o inverso e ela aumenta a habitualmente o sentimento de humilhação e inadequação social por varias razões.

Em primeiro lugar, porque a própria natureza das interacções sociais e a ambiguidade que lhes está habitualmente subjacente, raramente lhes permitem obter os sinais claros e objectivos de aprovação ou aceitação que os tranquilizariam. Impossibilitados de identificarem

[138] Capítulo 5

estes sinais de aceitação tranquilizadores, as recordações do doente da situação são dominadas pelos sentimentos ansiosos e a auto-percepções negativas que foram experimentadas durante a interacção e que, devido ao seu elevado grau de emoção, ficam codificadas na memória. Ao basear a avaliação da sua execução nestas recordações, o fóbico social tenderá a ver a sua execução como mais negativa do que ela realmente foi, fortalecendo o seu auto-esquerna de inadequação e incompetência social. Os estudos de Wells, Clark & Ahmad (1998) e de Hackman, Surawy, e Clark (1998) dão um forte apoio empírico a este aspecto.

Por sua vez o afecto negativo gerado facilita a recuperação na memória de outras situações anteriores de fracasso social ou de humilhação, sendo a interacção recente encarada como mais um exemplo desses fracassos e da sua inadequação social (Clark & Wells, 1995; Clark, 1997). Deste modo, uma situação de interacção social, que pode ter sido avaliada como normal ou adequada pelo parceiro de interacção, pode transformar-se

numa recordação de humilhação e fracasso, devido a este processamento enviesado que o fóbico social faz após a situação ter terminado. Para muitos fóbicos sociais, os resultados desta autópsia funcionam como mais uma evidência confirmatória da sua vulnerabilidade e inadequação em situações sociais.

Suposições e Auto-esquemas na Fobia Social

Os modelos cognitivos postulam que a tendência dos fóbicos sociais para interpretar as situações sociais como ameaçadoras está relacionada com uma vivência de vulnerabilidade à avaliação pelos outros, que por sua vez resulta da existência de auto-esquemas de ineficácia e incompetência para lidar com situações sociais e de suposições rígidas e disfuncionais acerca do que deve ser um comportamento social adequado (Beck & Emery, 1985; Heimberg & Barlow, 1991; Clark & Wells, 1995; Clark, 1997). Deste modo, a descrição do conteúdo cognitivo dos fóbicos sociais pode ser organizada tendo em conta três categorias de suposições disfuncionais: suposições disfuncionais acerca de si mesmo, habitualmente referidas como crenças

[139] Modelos Comportamentais e Cognitivos

e incondicionais acerca de si mesmo (auto-esquemas), crenças adicionadas em relação à avaliação social, e padrões e expectativas excessivamente elevados para o funcionamento social.

Vemos, assim, que a larga maioria dos autores cognitivos valorizam essencialmente a existência de uma visão negativa de si mesmo no fóbico social, que estaria na base do seu receio de avaliação negativa e da resposta ansiosa quando confrontado com uma situação social. No entanto, estes autores não mencionam suposições explícitas acerca da possível importância das crenças pessoais acerca dos outros nos fóbicos sociais, e poucos estudos têm investigado qual a visão que os fóbicos sociais têm dos outros. Dado que, por definição, o desenvolvimento do auto-esquema se faz a partir de experiências interpessoais, a visão dos outros será necessariamente um componente do auto-esquema relacionado com o funcionamento social. Uma visão distorcida e negativa dos outros, com baixas expectativas de respostas afiliativas dos outros, pode ser também um factor importante no medo de avaliação negativa de alguns ansiosos sociais (Cunha & Pinto-Gouveia, 1999).

Analisaremos brevemente cada uma destas categorias de suposições.

Auto-Esquemas

As suposições dos fóbicos sociais acerca de si mesmo centram-se em torno de crenças incondicionais acerca da sua ineficácia e incompetência para lidar com as situações sociais. Estas crenças originam uma visão de si mesmo socialmente desvalorizada, avaliando-se como pouco atraentes, desinteressantes, diferentes, inadequados ou inaceitáveis pelos outros. Exemplos desta visão negativa de si mesmo traduzem-se na frequente utilização pelos fóbicos sociais de termos auto-descritivos como: "Sou um chato", "Sou esquisito", "Não sou atraente", "Não tenho conversa".

Numa amostra da população geral, Cunha e Pinto Gouveia (1999) utilizaram o Questionário de Esquemas de Young (Young, 1990), para avaliação de esquemas precoces mal-adaptativos, tendo

[140] Capítulo 5

verificado que os indivíduos com elevado medo de avaliação negativa (avaliado pelo FNE) se distinguem dos indivíduos com baixo medo de avaliação negativa, pela existência de valores mais altos em vários esquemas precoces mal-adaptativos, sendo as diferenças mais acentuadas nos esquemas de Incompetência Social, Indesejabilidade Social, Desconfiança/Abuso, Isolamento Social, Dependência e Defeito. Os resultados deste estudo sugerem que diversos tipos de esquemas precoces mal-adaptativos poderão ser factores de vulnerabilidade para o desenvolvimento da fobia social, mas estes resultados necessitam de ser confirmados numa amostra de fóbicos sociais. Será também de esperar que, quando comparados com fóbicos do subtipo específico, os fóbicos do subtipo generalizado apresentem valores mais elevados destes esquemas precoces mal-adaptativos e de crenças incondicionais acerca da sua desvalorização social (Pinto-Gouveia & Cunha, em preparação).

Crenças Condicionadas Acerca da Avaliação Social

As crenças condicionais acerca da avaliação social são frequentemente baseadas nas suposições incondicionais acerca de si mesmo atrás descritas. Funcionam habitualmente como atitudes em relação à avaliação social que traduzem mecanismos de evitamento ou de compensação das crenças mais nucleares acerca de si mesmo. São habitualmente formuladas na forma condicional Se... Então. Alguns exemplos deste tipo de crenças condicionadas são: "Se os outros perceberem como realmente sou vão rejeitar-me", "Se deixar que os outros percebam a minha insegurança eles vão humilhar-me", "Se não tiver cuidado com o que digo os outros vão pensar que sou estúpido ou pouco culto", "Se não mostrar que sou uma pessoa interessante vão rejeitar-me".

Padrões Excessivamente Elevados para o Desempenho Social

Os fóbicos sociais utilizam usualmente padrões excessivamente elevados e rígidos para avaliar o seu desempenho social.

[141] Modelos Comportamentais e Cognitivos

Estes padrões, traduzem frequentemente expectativas irrealistas e perfeccionistas acerca do que deve ser o seu comportamento social para serem aceites pelos outros gerando ansiedade, dada a dificuldade em atingir essas expectativas perfeccionistas acerca do funcionamento social. Alguns destas expectativas são: "Nunca me posso mostrar ansioso", "Tenho que parecer sempre inteligente e interessante", "Devo ter sempre resposta pronta".

Esquemas Interpessoais

Embora o desenvolvimento de crenças pessoais acerca de si mesmo e acerca dos outros estejam intimamente relacionadas, estes dois tipos de crenças são diferentes e poderão contribuir independentemente para a experiência de ansiedade social. As crenças acerca dos outros e do comportamento destes em situações sociais podem ser um elemento importante na constelação de suposições pessoais associadas à fobia social. Será de esperar que, juntamente com uma visão de si mesmo como incompetente e ineficaz em situações sociais, uma visão dos outros como especialmente críticos, hostis ou dominantes possa contribuir para a experiência de ansiedade ou medo em situações sociais.

Safran utilizou o conceito de esquema interpessoal para se referir ao conjunto de crenças e expectativas acerca do comportamento interpessoal dos outros, tendo-o definido como uma estrutura de conhecimento genérica baseada em experiências interpessoais prévias e que contém informação relevante para a manutenção da ligação interpessoal (Safran, 1990a, 1990b, Safran & Segal, 1990). O tipo de informação representada num esquema deste tipo consiste num conjunto de conhecimentos acerca das relações eu-outros, que seria abstraído a partir das interações pessoais com as figuras de vinculação e que permitiria ao indivíduo regular o seu comportamento de forma a aumentar a probabilidade de manter a ligação com os outros (Safran, *et al.*, 1990). Para Safran, a melhor forma de conceber o esquema interpessoal é em termos de um programa para manter a ligação aos outros, apontando que "se o objectivo básico de manter a

[142] Capítulo 5

ligação interpessoal seria biologicamente pré-preparado, a informação específica, estratégias e princípios que são utilizados para atingir este objectivo são aprendidos" (Safran, pp. 93, 1990a). Para a avaliação dos esquemas interpessoais, Safran e Hill (1989) desenvolveram o Questionário de Esquemas Interpessoais (Q.E.I), que procura avaliar as regras que regulam o comportamento interpessoal do indivíduo, e que na sua versão portuguesa revelou possuir boas qualidades psicométricas (Pinto-Gouveia, Cunha & Robalo, 1997).

Num estudo, em que investigaram a hipótese da existência de diferenças nos esquemas interpessoais dos indivíduos com ansiedade social elevada e ansiedade social baixa, Cunha e Pinto-Gouveia (1999) utilizaram o Questionário de Esquemas Interpessoais, numa amostra da população geral, tendo verificado que os indivíduos com ansiedade social alta (avaliada pelo SAD e FNE) se distinguiram dos indivíduos com ansiedade social baixa na forma como o seu esquema da relação eu-outros está estruturado, mais especificamente na dimensão da afiliação. Os indivíduos com ansiedade social elevada tinham expectativas mais baixas de obter respostas afiliativas dos outros e avaliavam como menos desejáveis as respostas dos outros, que os indivíduos com ansiedade social baixa.

Estes resultados, embora obtidos numa amostra da população geral e necessitando de ser replicados numa amostra clínica, sugerem que as expectativas acerca do comportamento dos outros em resposta ao seu comportamento podem ser um aspecto importante na constelação de crenças pessoais dos fóbicos sociais.

Apoio Empírico ao Modelo Cognitivo

A investigação em fóbicos sociais e indivíduos com ansiedade social elevada tem fornecido resultados que apoiam algumas das hipóteses centrais do modelo cognitivo que acabamos de descrever.

1. As hipóteses de os fóbicos sociais (1) interpretarem as situações sociais como mais ameaçadoras que os indivíduos sem fobia social, (2) distorcerem negativamente a avaliação do seu desempenho, (3) avaliarem erroneamente e de forma excessiva a visibilidade da

[143] Modelos Comportamentais e Cognitivos

sua ansiedade pelos outros, têm colhido apoio empírico directo e indirecto em vários estudos:

Clark e Stopa (1994, in Clark & Wells, 1995) utilizaram uma versão modificada do Questionário de Acontecimentos Ambíguos de tier e Mathews (1993), em fóbicos sociais, doentes com outros distúrbios ansiosos e controlos normais. Num primeiro estudo, verificaram que os fóbicos sociais escolhiam significativamente mais interpretações negativas para situações sociais ambíguas (você tem visitas a jantar, e logo após o jantar, eles despedem-se e vão-se embora), que os outros doentes ansiosos ou os normais, embora não diferissem destes nas interpretações de situações ambíguas não sociais (você recebe uma carta oficial com o carimbo de urgente). Num segundo estudo com os mesmos grupos, verificaram que os fóbicos sociais tendiam mais a escolher interpretações catastróficas para acontecimentos sociais ligeiramente negativos que os outros doentes ansiosos ou normais. Também em apoio da existência de um enviezamento no processamento da informação nos fóbicos sociais, o estudo de Amin, Foa e Coles (1998) mostrou que, quando comparados com doentes com outros distúrbios ansiosos, os fóbicos sociais tendem significativamente mais que estes a escolher interpretações negativas para cenários sociais ambíguos, mesmo quando está disponível uma interpretação positiva alternativa, e que este enviezamento é específico para cenários sociais que são relevantes para o indivíduo.

No mesmo sentido vão os resultados dos estudos que avaliaram o conteúdo dos pensamentos dos fóbicos sociais durante a interacção social. Os resultados mostram de forma consistente que os fóbicos sociais relatam mais pensamentos auto-avaliativos negativos durante a interacção social que controlos normais ou com outros distúrbios ansiosos (Pinto-Gouveia *et al.*, 1986; Turner, Beidel, & Larkin, 1986; Stoppa & Clark, 1993), que existe uma correlação significativa entre a frequência das auto-avaliações negativas durante a interacção e a severidade da fobia social avaliada clinicamente (Dodge, Hope, Heimberg, & Becker, 1988) e que os fóbicos sociais, para além de relatarem mais pensamentos negativos acerca de interacções sociais que acabaram de ocorrer, revelam possuir mais expectativas negativas acerca de futuras interacções, que os controlos normais (Lucock & Salkovskis, 1988).

[144] Capítulo 5

Estes resultados confirmam assim as duas primeiras hipóteses do modelo cognitivo. Os fóbicos sociais não só interpretam as situações sociais de uma forma mais ameaçadora que os indivíduos sem fobia social, como se avaliam mais negativamente durante a interação.

No entanto, a constatação que os fóbicos sociais relatam mais pensamentos auto-avaliativos negativos durante as interações sociais não permite, por si só, inferir que o seu pensamento é distorcido negativamente, como o modelo cognitivo sugere. Pode acontecer que os fóbicos sociais sejam realistas e que as suas auto-avaliações negativas estejam de acordo com a sua fraca execução social. Nesse caso, as suas auto-avaliações negativas seriam perturbadoras mas correctas. Três estudos procuraram investigar este aspecto.

Rapee e Lim (1992) utilizaram uma amostra de fóbicos sociais e controlos normais, pedindo-lhes que fizessem um curto discurso para uma audiência. Em seguida era pedido que auto-avaliassem a sua execução e essa avaliação era comparada com a avaliação realizada por observadores independentes. Os resultados mostraram que os fóbicos sociais avaliavam o seu desempenho global de forma mais negativa que os observadores, o que não acontecia com os controlos normais.

Stopa e Clark (1993) utilizaram uma amostra constituída por fóbicos sociais, doentes ansiosos e controlos normais, aos quais era pedido que tivessem uma conversa breve com uma mulher atraente (à qual foi pedido que se comportasse de forma reservada mas não hostil). Após a conversa, os indivíduos identificavam os seus pensamentos durante a conversa e avaliavam o seu desempenho em relação a um conjunto de comportamentos positivos e negativos durante a conversa. Observadores independentes classificavam os mesmos comportamentos. Os observadores classificaram os fóbicos sociais de forma mais negativa que os outros doentes ansiosos e os controlos normais, mas os fóbicos sociais avaliaram-se de forma ainda mais negativa que os observadores, mostrando-se esta discrepância significativamente maior que para os controlos.

Finalmente, Tran e Chambless (1995) utilizaram uma amostra de fóbicos sociais a quem foi pedido para participarem em duas situações de *role-play*: interação social com uma desconhecida e um curto discurso para uma audiência.

[145] Modelos Comportamentais e Cognitivos

A comparação das avaliações de desempenho dos fóbicos sociais com as avaliações realizadas por observadores independentes mostrou que a auto-avaliação dos fóbicos sociais era significativamente mais negativa que a dos observadores a situação de conversação, não se revelando diferenças na situação do discurso para uma audiência.

No seu conjunto, os resultados obtidos nestes três estudos sugerem que os fóbicos sociais avaliam mais negativamente o seu desempenho social que os indivíduos sem fobia social, mas que têm alguma razão para isso pois a avaliação do seu desempenho social por observadores independentes é, em alguns, estudos mais negativa, quando comparada com a avaliação do desempenho de indivíduos sem fobia social. No entanto, os resultados mostram também que a avaliação dos fóbicos sociais do seu desempenho é ainda mais negativa que a avaliação feita por observadores o que sugere que ela é pelo menos parcialmente enviesada negativamente.

Estes resultados apoiam assim a hipótese do modelo cognitivo de os fóbicos sociais sub-avaliarem o seu funcionamento social. Estudos de Bruch e cols. (1989) e McEwan e Devins (1983) mostraram ainda que os fóbicos sociais avaliam erroneamente e de forma excessiva a visibilidade da sua ansiedade pelos outros.

2. Em relação à importância que o modelo atribui à utilização pelos fóbicos sociais, quando ansiosos numa situação social, da informação interna amplificada pela atenção auto-focada para construir uma imagem negativa de si mesmo, que inferem ser a forma como os outros o vêem ou pensam acerca dele, os estudos de Hackman, Surawy e Clark (1998) e de Wells, Clark e Ahmad (1998), acima descritos, dão um forte apoio empírico a este aspecto. Estes estudos mostraram que os fóbicos sociais relatavam uma maior ocorrência de imagens espontâneas negativas, quando ficavam ansiosos numa situação social, e que essas imagens eram mais negativas e mais frequentemente implicavam ver-se a si mesmo a partir de uma perspectiva de observador, que os controlos normais (Hackman, Surawy, & Clark, 1998), e que as suas memórias das situações sociais em que tinham ficado ansiosos envolviam imagens como se estivessem a olhar para si mesmo a partir de um ponto de vista exterior, contrariamente às memórias

[146] Capítulo 5

dos controlos normais, que envolviam imagens de como se estivessem a ver os detalhes do que estava a acontecer na situação a partir dos seus próprios olhos, não existindo esta diferença nas memórias de situações não sociais (Wells, Clark & Ahmad, 1998).

Apoio indirecto à suposição do modelo acerca do efeito negativo no desempenho social resultante da atenção auto-focada é, também dado pelos resultados dos estudos de Daly, Vangelisti e Lawrence (1989) e de Hope, Heimberg e Klein (1990), ao mostrarem que os sujeitos com ansiedade social elevada, quando comparados com sujeitos com baixa ansiedade social, mostram uma menor recordação dos detalhes das interações sociais.

3. Finalmente, em relação à importância atribuída pelo modelo aos comportamentos de segurança como factor de manutenção da fobia social, um estudo de Wells e cols. (1995) verificou que, os fóbicos sociais que foram encorajados a não utilizar os seus comportamentos de segurança durante uma interacção social, mostraram uma maior diminuição na ansiedade e crenças negativas durante um teste comportamental subsequente, que os fóbicos sociais a quem foi pedido que mantivessem os seus comportamentos de segurança habituais durante a interacção.

Referências

- Amin, N., Foa, E. B., Coles, M. E. (1998). Negative interpretation in social phobia. *Behav. Res. Ther.*, 36, 945-957.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Bellack, A. S., & Hersen, M. (1977). Social Skills Training. In A. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Behavior Modification: An Introductory Textbook*. Baltimore: Williams & Wilkins Company.

- Bruch, B. A., Gorsky, J. M., Collins, T. M., & Berger, P. A. (1989). Shyness and sociability reexamined: A multicomponent analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 904-915.
- Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties. *Behaviour Research and Therapy*, *23*, 651-657.
- Butler, G., & Mathews, A. M. (1993). Cognitive processes in anxiety. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, *5*, 51-63.

[147] Modelos Comportamentais e Cognitivos

- Cacioppo, J. T., Glass, C. R., & Merluzzi, T. V. (1979). Self-statements and self-evaluations: A cognitive response analysis of heterosocial anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, *3*, 249-262.
- Clark, D. A. (1997). Panic disorder and social phobia. In David M. Clark and Christopher G. Fairburn (Eds.), *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Clark, M. D., & Wells, A. (1995). A Cognitive Model of Social Phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope and F. R. Schneier (Eds), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York: Guilford
- Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (1999). Ansiedade Social e Auto-representação: contributo dos esquemas precoces mal-adaptativos e dos esquemas cognitivos interpessoais. *Psychologica*, *21*, 5-25.
- Daly, J. A., Vangelisti, A. L., & Lawrence, S. G. (1989). Self-focused attention and public speaking anxiety. *Personality and Individual Differences*, *10*, 903--913.
- Dimberg, U., & Öhman, A. (1983). The effects of directional facial cues on electrodermal conditioning to facial stimuli. *Psychophysiology*, *20*, 160-167.
- Dodge, C. S., Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (1988). Evaluation of the Social Interaction Self-Statement Test with a social phobic population. *Cognitive Therapy and Research*, *12*, 211-222.
- Hackman, A., Surawy, C., & Clark, D. M. (1998). Seeing yourself through others' eyes: a study of spontaneous occurring images in social phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *26*, 3-12.
- Hartman, L. M. (1983). A metacognitive model of social anxiety: Implications for treatment. *Clinical Psychology Review*, *3*, 435-456.
- Heimberg, R. G., & Barlow, D. H. (1988). Psychosocial treatments for social phobia. *Psychosomatics*, *29*, 27-37.
- Heimberg, R. G., Barlow, D. H. (1991). New developments in cognitive-behavioral therapy for social phobia. *Journal Clinical Psychiatry*, *52*, 21-30.
- Hope, D. A., & Heimberg, R. G. (1993). Social phobia and social anxiety. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Klein, J. F. (1990). Social anxiety and the recall of interpersonal information. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *4*, 185-195.
- Kenny, D. A., & DePaulo, B. M. (1993). Do people know how others view them? An empirical and theoretical account. *Psychological Bulletin*, *114*, 145-161.

Kindness, K., & Newton, A. (1984). Patients and social skills groups: Is social skills training enough? *Behavioural Psychotherapy*, *12*, 212-222.

Leary, M. R. (1983). *Understanding social anxiety*. Beverly Hills, CA: Sage.

Leary, M. R., & Kowalsky, R. M. (1995). The Self-Presentation Model of Social Phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope and F. R. Schneier (Eds). *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. Guilford Press, New York.

[148] Capítulo 5

Leibowitz, M. R., & Heimberg, R. G. (1996). Issues in the design of trials for the evaluation of psychopharmacological treatments for social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, *11* (suppl. 3), 49-53.

Lucock, M. P., & Salkovskis, P. M. (1988). Cognitive factors in social anxiety and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *26*, 297-302.

Marks, I. M. (1985). Behavioral treatment of social phobia. *Psychopharmacology Bulletin*, *21*, 615-618.

Mattick, R. P., & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 251-260.

McEwan, K. L., & Devins, G. M. (1983). Is increased arousal in social anxiety noticed by others? *Journal of Abnormal Psychology*, *92*, 417-421.

Öhman, A., Dimberg, U. (1978). Facial expressions as conditioned stimuli for electrodermal responses: A case of "preparadness"? *Journal of Personality and Social Psychology*, *36*, 1251-1258.

Öhman, A., Dimberg, U., & Esteves, F. (1989). Pre-attentive activation of aversive emotions. In T. Archer & L. G. Nilsson (Eds.), *Aversion, avoidance and anxiety: Perspectives on aversively motivated behavior*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Öst, L. G. (1987). Age of onset in different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, *96*, 223-229.

Öst, L. G., & Hugdahl, K. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behav. Res. Ther.*, *16*, 439-447.

Pinto-Gouveia, J. (1986). Tratamento da ansiedade social. *Psiquiatria Clínica*, *7*, 35-42.

Pinto-Gouveia, J. (1997). Modelos cognitivos de fobia social: conceptualizações teóricas, apoio empírico e implicações terapêuticas. *Psiquiatria Clínica*, *18*, 295-311.

Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., Robalo, M. (1997). Avaliação de Esquemas Interpessoais: A versão portuguesa do Questionário de Esquemas Interpessoais de Safran e Hill. *Psicologica*, *17*, 105-127.

Pinto-Gouveia, J., Fonseca, L., Robalo, M., Allen, A., Matos, A. P., & Gil, E. (1986). Ansiedade social: utilização dos questionários de auto-resposta SAD, FNE, e SISST numa população portuguesa. *Psiquiatria Clínica*, *7*, 43-48.

Rapee, R. M., & Lim, L. (1992). Discrepancy between self-and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, *101* 728-731.

Safran, J. D. (1990a). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: I. Theory. *Clinical Psychology Review*, *10*, 87-105.

Safran, J. D. (1990b). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: II. Practice. *Clinical Psychology Review*, 10, 107-121.

Safran, J. D., & Hill, C. R. (1989). *The Interpersonal Schema Questionnaire*. Manuscrito não publicado.

[149] Modelos Comportamentais e Cognitivos

Safran, J. D. & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York. Basic Books.

Safran, J. D., Segal, Z. V., Hill, C., & Whiffen, V. (1990) Refining strategies for research on self-representations in emotional disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 143-160.

Salkovskis, P. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 6-19.

Schlenker, B. R., & Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self-presentation: a conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, 92, 641-669.

Stemberger, R. T., Turner, S. M., Beidel, D. C., & Calhoun, K. S. (1995). Social phobia: an analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 526-531.

Stopa, L., & Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 255-268.

Stravynski, A., Grey, S., & Elie, R. (1987). Outline of the therapeutic process in social skill training with socially dysfunctional patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 224-228.

Teasdale, J. D., & Barnard, P. J. (1993). *Affect, Cognition and Change: Re-modeling Depressive Thought*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.

Townsley, R. (1992). Social phobia: identification of possible etiological factors. Unpublished doctoral dissertation, University of Georgia, Athens. (citado em Mineka, S., & Zinbarg, R. (1995). Conditioning and Ethological Models of Social Phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope and F. R. Schneier (Eds), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York: Guilford).

Tran, G. Q., & Chambless, D. L. (1995). Psychopathology of social phobia: effects of subtype and of avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 489-501.

Trower, P. (1980). Situational analysis of the components and processes of behavior of socially skilled and unskilled patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 327-339.

Trower, P., & Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 19-35.

Trower, P., Bryant, B. M., & Argyl, M. (1978). *Social skills and mental health*. London: Methuen.

Turner, S. M., Beidel, D. C., & Larkin, K. T. (1986). Situational determinants of social anxiety in clinic and nonclinic samples: Physiological and cognitive correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 523-527.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Keys, D. J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 389-394.

Wells, A., Clark, D. M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A., & Gelder,

[150] Capítulo 5

M. G. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy*, 26, 153-161.

Wells, A., Clark, D. M., Ahmad, S. (1998). How do I look with my mind's eye: perspective taking in social phobia imagery. *Behav. Res. Ther.*, 36, 631-634. Young, J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.

[151]

Capítulo 6

Modelos Evolucionários da Ansiedade Social

José Pinto Gouveia

Os Modelos Evolucionários

Os modelos cognitivo-comportamentais descritos no capítulo anterior são essencialmente modelos proximais da fobia social, isto é, modelos que procuram explicar os processos que ocorrem no fóbio social na altura da interacção e que funcionam como factores de manutenção da fobia social. Embora implicitamente estes modelos sugiram a importância de predisposições inatas e aspectos desenvolvimentais no desenvolvimento de um auto-esquema, caracterizado por uma visão de si mesmo desvalorizada e de ineficácia para lidar com as situações sociais, são poucos em considerações explícitas acerca dos antecedentes evolucionários ou desenvolvimentais envolvidos no desenvolvimento da fobia social.

A análise da fobia social, a partir de uma perspectiva evolucionária, enriquece a sua compreensão ao explicar a função adaptativa e funcional da ansiedade social em determinados contextos. Também ao nível das suas manifestações clínicas, os modelos evolucionários podem constituir uma base integradora para as contribuições de diversos modelos teóricos explicativos da fobia social (Clark & Wells, 1995; Ohman, 1986; Trower & Gilbert, 1989).

Na sua forma mais geral, os modelos evolucionários sugerem que, tal como em outros primatas, a ansiedade social nos humanos desenvolveu-se como uma consequência das hierarquias de dominância-submissão,

[152] Capítulo 6

resultantes do sistema de organização social de grupo, tornando-se parte do nosso património genético. Tal como em outras espécies complexas, a ansiedade social ajuda-nos a avaliar o grau de ameaça ou dominância que os outros representam, permitindo-nos viver sem lutas permanentes, através de um balanço entre agressão e inibição.

Dos vários modelos evolucionários propostos para a compreensão da fobia social destacam-se as propostas de Öhman (Öhrnan, 1986; Öhman *et al.*, 1985) e de Trower e Gilbert (1989), que nas suas asserções básicas são coincidentes.

Antes de os descrever, e no sentido de introduzir o leitor a alguns conceitos básicos que os modelos evolucionários e etológicos utilizam, abordaremos brevemente alguns aspectos que nos parecem fundamentais para a sua compreensão.

Os modelos evolucionários assumem como postulado básico que todos os organismos vivos possuem um instinto para sobreviver. Um aspecto central desta perspectiva, quando aplicada à compreensão da psicopatologia, é a ideia que muito do que habitualmente designamos por psicopatologia é o resultado da activação de estados cerebrais que evoluíram através dos processos de selecção natural e que desempenham ou desempenharam um papel importante na sobrevivência e adaptação ao meio. Na sua evolução a espécie humana desenvolveu várias opções de resposta ao meio que são psicobiologicamente preparadas. Entre estas opções de resposta biologicamente preparadas que desempenham um papel importante na sobrevivência, os chamados sistemas de defesa e de segurança seriam especialmente relevantes na adaptação ao meio ambiente. Para sobreviver no seu meio ambiente qualquer espécie necessita de ter um sistema que lhe permita detectar, reconhecer e responder a ameaças, assim como um sistema que lhe permita reconhecer estímulos que sinalizem segurança e possibilidade de explorar o meio ambiente sem perigo. Na descrição destes sistemas seguiremos de perto a sistematização de Gilbert (1989), dada a sua compreensibilidade. Este autor, elaborou um modelo psicobiológico em que reúne conceitos derivados da etologia, biologia, psicofisiologia e psicologia organizando-os de um forma integradora.

[153] Modelos Evolucionários da Ansiedade Social

O Sistema de Defesa

O sistema de defesa é um sistema de auto-protecção relacionado com o evitamento de todas as formas de ameaça, injúria ou ataque. Nesse sentido, o comportamento que se seguirá à sua activação será uma acção defensiva. A sua função é pois alertar para o perigo com fins de defesa e protecção, o que envolve o controlo e coordenação dos mecanismos da atenção e avaliação. Os analisadores sensoriais são focados na ameaça, e a informação colhida é transmitida aos diversos sistemas de avaliação que atribuem significado aos dados sensoriais. Em função do tipo de ameaças com que as espécies foram confrontadas ao longo da evolução, o sistema de defesa seria constituído por um conjunto de subsistemas, dos quais dois seriam especialmente relevantes para a compreensão da psicopatologia nos humanos:

O sistema de defesa não social, que está relacionado com a detecção e resposta a todo o tipo de ameaça não social, isto é, defesa contra predadores ou injúria física não social. É basicamente um sistema de escape, evolucionariamente primitivo, cujos aspectos essenciais do seu funcionamento incluem uma hipersensibilidade aos dados sensoriais, aumento rápido de activação (alerta e alarme), descargas de activação e movimentos rápidos e não predizíveis, tais como: fuga rápida, fuga zigzagueando, imobilização, saltos, agressão automática e catalepsia (Gilbert, 1989). Este sistema defensivo contra

ameaças não sociais funcionaria, assim, como um sistema de activação rápida e de curta duração, desencadeando acções defensivas, e, segundo Ohman (1986), estaria relacionado com as fobias animais e não sociais.

Este sistema poderá estar também implicado no pânico, dado que as descargas rápidas de activação, que primitivamente serviriam para confundir o predador, originam alterações somáticas que poderão também confundir o sujeito e serem interpretadas como sinal que uma alteração física grave, aspecto que é nuclear no distúrbio de pânico (Gilbert, 1989).

O sistema de defesa social é um sistema de defesa contra ameaças intra-espécie, e teria evoluído para dois grandes tipos de defesa social em função da organização social da espécie: (a) um sistema de

[154] Capítulo 6

defesa territorial, ligado à organização social territorial, que é predominante nos répteis, nas aves e alguns mamíferos solitários; (b) um sistema de defesa de grupo, também designado por modo agónico que está associado à organização social de vida em grupo. Este sistema é evolucionariamente mais recente que o de defesa territorial, tendo-se desenvolvido com os mamíferos e sendo especialmente proeminente nos primatas.

A forma territorial de organização social, a que está associado o sistema de defesa territorial, tem como aspecto central a obtenção e guarda de um território para procriar. Os potenciais parceiros de acasalamento são atraídos para o território através de comportamentos de exibição inter-sexual (mostrar a plumagem, danças de acasalamento, etc.). Estes realizam-se nos locais onde os potenciais parceiros costumam reunir-se e onde os membros do mesmo sexo se envolvem também em comportamentos competitivos intra-sexuais, designados pelos etologistas como comportamentos ritualizados agonísticos (CRA). Com estes comportamentos, o animal exibe a sua força e capacidade de luta para manter o território, isto é, demonstra o que é habitualmente designado por potencial de manutenção de recursos (PMR). As hierarquias de dominância são assim estabelecidas em função dos comportamentos de exibição sexual e capacidade de guardar o território.

Um aspecto central, para o funcionamento deste sistema de organização social territorial, foi o desenvolvimento evolucionário de um outro componente que consiste na capacidade do animal em avaliar o potencial de manutenção de recursos dos indivíduos da sua espécie. Esta capacidade permite-lhe medir a força e capacidade do competidor, e avaliar a probabilidade de poder sair derrotado ou vencedor numa luta séria com ele. A inexistência desta capacidade de avaliação e comparação da sua força relativamente ao competidor originaria lutas permanentes e sangrentas que poriam em risco a sobrevivência da espécie. Os comportamentos ritualizados agonísticos originam assim sinais sociais (PMR) que são importantes fontes de informação para os possíveis competidores e para os potenciais companheiros de acasalamento. Os sinais sociais dirigidos aos animais do mesmo sexo com o intuito de atacar, reduzir ou confirmar um baixo PMR no

[155] Modelos Evolucionários da Ansiedade Social

animal a quem são dirigidos (sinais catatéticos) tendem a provocar comportamentos sociais defensivos, quando o animal que os recebe se avalia com um PMR inferior aos oponentes. O comportamento defensivo do animal traduz-se por uma inibição dos comportamentos de desafio e de exibição, sendo a atenção focada naqueles que avalia o como um PMR superior. Neste estado defensivo, o animal não obtém os melhores territórios para procriar nem atrai os potenciais melhores parceiros para acasalamento. Como Gilbert (1989) enfatiza, o que está aqui em questão é o controlo social, isto é, é a capacidade de exercer controlo sobre os indivíduos da mesma espécie que é seleccionada pelo processo evolucionário. Neste contexto, o controlo social diz respeito ao controlo sobre os outros membros da mesma espécie que competem pelos mesmos recursos, e à capacidade de atrair parceiros para o acasalamento.

Resumindo, a forma como se estrutura socialmente um grupo de organização social territorial assenta nos mecanismos básicos de exibição do PMR e na capacidade de cada membro avaliar o seu PMR em relação aos outros membros dessa espécie, bem como na coordenação do seu comportamento em função dessa avaliação, isto é, na capacidade de exibir comportamentos defensivos sociais quando avalia o seu PMR como baixo ou inferior ao dos oponentes, ou aumentar a demonstração de comportamentos ritualizados de desafio ou ataque (CRA) quando avalia o seu PMR como alto ou superior ao dos oponentes. O sistema de defesa territorial é uma competência do cérebro reptiliano.

A forma de organização social de vida em grupo, a que está ligado o sistema de defesa de grupo ou modo agónico, é evolucionariamente mais recente, permitindo que indivíduos da mesma espécie vivam em grupo e cooperem em algumas actividades. Em termos evolucionários representa um salto importante na organização social das espécies. Este tipo de organização social em grupo, especialmente desenvolvido nos primatas e humanos, e do qual resulta a formação de hierarquias sociais, implica a inibição do comportamento ritualizado agonístico e a descarga da activação que lhe está associada. Designa-se como modo agónico, em vez de agonístico, porque muitos dos comportamentos defensivos dos indivíduos subordinados são

[156] Capítulo 6

especificamente destinados a inibir os comportamentos ritualizados agonísticos dos indivíduos mais dominantes, impedindo lutas sagrentas e permitindo que os membros menos dominantes se mantenham no grupo. Na sua essência, o modo agónico está relacionado com a capacidade de sinalizar apaziguamento, submissão e subserviência a um membro do grupo mais dominante, e de esses sinais inibirem o ataque do dominante. Quando um comportamento de submissão é aceite pelo dominante, a activação diminui quer no subordinado que no dominante, não tendo o subordinado que assumir um estado de derrota, de isolamento ou depressão. Ele continua no grupo sem ser atacado ou expulso, num estado de prontidão e activação, atento ao dominante e alerta para emitir novos sinais de submissão, caso seja necessário.

No modo agónico, os comportamentos de submissão estão assim associados aos medos sociais, enquanto o estado de derrota estaria associado à depressão. A evolução da organização social de vida em grupo está, deste modo, intimamente associada ao desenvolvimento de hierarquias sociais que resultam destes encontros antagonísticos.

Neste contexto, podemos encarar as hierarquias sociais como sistemas de submissão social ao longo de uma dimensão em que o medo social representa um dos extremos e a dominância social o outro. Este sistema permite que cada indivíduo ocupe a sua posição no grupo ao longo da dimensão dominância/submissão, emitindo sinais de dominância aos membros menos dominantes e sinais de submissão aos membros do grupo mais dominantes.

Dentro do grupo, os animais procuram transmitir informação acerca do seu poder e coragem através de sinais e comportamentos complexos, que diferem em cada espécie animal. Nos primatas, a expressão facial desempenha um papel fundamental nesta transmissão de sinais de dominância. Os sinais de submissão incluem entre outros: o evitamento do olhar, acocorar-se ou agachar-se e expressão facial de medo.

Nos primatas e humanos, o modo defensivo agónico permitiria assim um balanço entre a inibição e a agressão, mantendo a coesão do grupo. No entanto, há que ter em conta que o comportamento sócia humano é muito complexo e mostra outras motivações além da protecção defensiva.

[157] Modelos Evolucionários da Ansiedade Social

Embora mantendo um sistema de padrões hierárquicos, os humanos desenvolveram um modo de organização social completamente diferente, o modo hedónico, que, juntamente com a vinculação, forma o sistema de segurança social, o qual reforça a ligação e cooperação entre os membros do grupo.

Se a compreensão do funcionamento dos vários sistemas de defesa fornece um contributo importante para uma interpretação funcional dos estados psicopatológicos e, como veremos mais à frente, numa perspectiva etológica e evolucionária, a fobia social está relacionada com uma "mentalidade agónica", uma abordagem da ansiedade e dos outros estados psicopatológicos deve ter em conta que eles não se relacionam apenas com o grau de ameaça no meio ambiente mas também com o grau de segurança que o indivíduo sente em relação ao meio (Gilbert, 1989; Rachman, 1984).

O Sistema de Segurança

A função do sistema de segurança é detectar estímulos do meio ambiente que sinalizem a inexistência de ameaça. Os analisadores sensoriais exploram o meio ambiente para estímulos que conduzam a reforço positivo. A activação do sistema de segurança, quando se segue a uma activação prévia do sistema defensivo, reduz a activação defensiva e pode libertar respostas de rotina inatas (exploração, jogo, partilha, procura de objectivos). O sistema de segurança é constituído por dois subsistemas: o sistema de segurança não social e o sistema de segurança social.

O sistema de segurança não social está relacionado com sinais do meio ambiente que activam actividades de exploração: procura de alimentos, comportamentos sexuais, construção do ninho, etc. Este sistema facilita assim comportamentos inatos reprodutivos e que conduzam a reforço positivo. A presença de um estímulo ameaçador aumenta a activação defensiva e desactiva este sistema de segurança.

O sistema de segurança social, especialmente importante nos humanos, é, segundo Gilbert (1989), constituído por dois subsistemas: sistema de vinculação e modo hedónico.

[158] Capítulo 6

O sistema de vinculação evoluiu nas espécies em que as crias não se podem defender por si mesmas, tendo como funções principais a redução da activação aversiva no sistema defensivo e a protecção contra predadores.

A presença da figura de vinculação mediaria entre o ambiente e a criança. Ela forneceria não só alimentação, abrigo, afecto e protecção, mas permitiria também a exploração do meio ambiente sem grandes variações na activação defensiva, o que facilitaria uma aprendizagem mais rápida (Gilbert, 1989). Perante sinais de ameaça há uma mudança rápida da atenção que se foca na procura do objecto de vinculação. Em condições normais, a reunião com a figura de vinculação é reforçadora e reduz a activação defensiva, permitindo que passado algum tempo a exploração do meio seja recomeçada. Nesta perspectiva o sistema de vinculação está basicamente relacionado não só com a segurança e o controlo, mas também com a diminuição da activação defensiva.

Esta interacção entre o sistema defensivo e o sistema de segurança permite compreender que a activação ansiosa possa ser evocada não só pela existência de uma ameaça ou perigo, mas também nas situações em que é experimentada uma diminuição da segurança (afastamento de casa na agorafobia).

O modo hedónico caracteriza-se essencialmente pela emissão de sinais de não ameaça entre membros da mesma espécie. É importante entender que, neste modo, os sinais de não ameaça são sinais de tranquilização e não sinais de submissão ou apaziguamento, como ocorre no modo agónico. Comportamentos característicos do funcionamento do modo hedónico nos humanos, incluem: os laços entre os pais e a criança; comportamentos cooperativos; sinais de tranquilização mútuos entre os membros do mesmo grupo como o apertar de mãos, cumprimentar, beijar, abraçar; comportamentos empáticos, amizade; suporte mútuo do estatuto social, e redes intrincadas de etiqueta e regras de educação como desculpas, elogiar e falar à vez.

Embora experimentemos estes comportamentos como expressões espontâneas de afecto, eles representam de facto rituais complexos de cumprimentos e de dar e receber, que contribuem para coesão do grupo (Marshall, 1994).

[159] Modelos Evolucionários da Ansiedade Social

No modo hedónico, a estrutura social do grupo é mantida por estes sinais de tranquilização mútua, gerando assim uma organização social de mútua dependência, cooperação e inibição de comportamentos agonísticos, contrariamente ao modo agónico, em que a estrutura social do grupo assenta num estado de defesa mútua e na missão de sinais de dominância ou submissão. Desta forma, enquanto no modo agónico o estado de activação defensiva é elevado, o modo hedónico tende a manter a activação defensiva baixa, facilitando assim não só a proximidade e cooperação entre os membros do grupo mas também a deslocação dos processos de atenção, que deixam de estar defensivamente focados na ameaça e podem ser focados na exploração do meio ambiente. Gilbert (1989),

que segue de perto os trabalhos de Chance (1988), acentua a importância da diferente organização dos processos de atenção social no modo agónico e no modo hedónico. Enquanto no modo agónico a atenção seria focada no centro do grupo (nos dominantes) e nos sinais de dominância, o modo hedónico facilitaria a libertação da atenção defensiva do centro do grupo para comportamentos mutuamente reforçadores e exploração conjunta do meio ambiente. Os outros funcionariam assim como conferindo segurança mais que ameaça. E a defesa contra predadores é uma resposta do grupo, mais que uma resposta individual.

Esta diferente organização dos processos de atenção, nos dois modos de funcionamento social, permite interessantes hipóteses para a compreensão da importância crescente que tem sido atribuída aos processos de atenção na psicopatologia (Alford & Beck, 1997; Gelder, 1997). Nos indivíduos que funcionam predominantemente no modo agónico, a atenção é focada na ameaça, a activação defensiva é elevada e a possibilidade de exploração e de integração de nova informação é menor que nos indivíduos a funcionar predominantemente no modo hedónico, modo em que os processos de atenção seriam mais flexíveis, menos focados na defesa contra a ameaça social, permitindo assim uma maior exploração e integração de informação nova.

Após esta sumária introdução a uma perspectiva evolucionária e etológica da organização social dos grupos e das diferentes mentalidades a que dão origem, abordaremos a seguir alguns aspectos da sua aplicação para a compreensão da ansiedade social através dos

[160] Capítulo 6

modelos de Trower e Gilbert (1989) e de Öhman (Öhman, 1986; Öhman *et al.*, 1985).

A Perspectiva Evolucionária da Ansiedade Social de Trower e Gilbert

Trower e Gilbert (1989) formularam uma teoria psicobiológica sugerindo que a ansiedade social resulta da activação de mecanismos evolucionários para lidar com a ameaça intra-espécie, mecanismos esses que desempenham um papel vital na evolução dos grupos sociais. Quando activados, estes mecanismos de defesa biológica, influenciam os processos psicológicos de avaliação e *coping* nas situações sociais, originando os processos e comportamentos de avaliação-resposta característicos dos fóbicos sociais.

O modelo parte do princípio que, por definição, a ansiedade social é a ansiedade que emerge no contexto da relação com indivíduos da mesma espécie e está relacionada com a natureza das potenciais ameaças que existem no relacionamento intra-espécie.

Conjugando a abordagem evolucionária com conhecimentos derivados da etologia, os autores acentuam que, em termos de evolução filogenética, os humanos representam o elo final de uma longa cadeia. Se os repteis eram altamente territoriais e as dominâncias hierárquicas eram rigidamente estabelecidas em termos de território e da capacidade para o defender, sendo a dominância estabelecida através de comportamentos ritualizados agonísticos, esta situação modificou-se nos mamíferos, que passaram a viver em grupo e a partilhar o território com os indivíduos da mesma espécie. Esta modificação não alterou, no entanto, a necessidade de se manterem hierarquias de dominância, fundamentais para a estrutura e coesão dos grupos sociais. Nos mamíferos, as hierarquias de poder estão

centradas naquilo que os autores chamam de "potencial para ferir" resultando daí o controlo sobre os recursos (alimentação, procriação, etc.). A estrutura do grupo organiza-se em torno da atenção dirigida ao indivíduo dominante. Neste modo de interacção agónico, que em cima já descrevemos com mais pormenor, é a ansiedade do subordinado em relação ao dominante que impede a existência de lutas permanentes no grupo.

[161] Modelos Evolucionários da Ansiedade Social

Note-se que esta ansiedade do subordinado é acompanhada de uma especial tendência para inibir comportamentos de iniciativa e exploração.

Também nos primatas o funcionamento e coesão do grupo e dos membros do grupo desempenham vários papéis que sinalizam a aceitação da sua posição hierárquica. Dois sistemas comportamentais parecem ser especialmente importantes em relação aos papéis de dominância.

O primeiro é a capacidade do mais dominante para reduzir ou inibir os seus comportamentos rituais agonísticos (de ameaça ou agressão) em resposta à prontidão com que o subordinado emite sinais rituais de apaziguamento ou de submissão. Habitualmente estes sinais põem fim às respostas hostis do dominante. Segundo os autores, a ansiedade social e os padrões comportamentais que lhe estão associados estariam em grande parte relacionados com a activação deste sistema evolucionário que permite a vida em grupo. Mais especificamente, a ansiedade social resultaria desta forma particular de comparação social. Quando numa situação de interacção social, o fóbico social centra-se na monitorização dos sinais que emite e na avaliação do potencial de ameaça ou de humilhação (perda de estatuto) envolvidos na interacção.

O segundo sistema, que pode ser importante na ansiedade social, é aquilo que é referido pelos etologistas como prontidão para a acção (*braced readiness*), isto é, o subordinado deve estar permanentemente alerta e pronto a retirar-se ou emitir sinais de submissão ao dominante (Trower & Gilbert, 1989).

O modo agónico é assim basicamente um sistema defensivo que permite a organização funcional do grupo, na maioria dos primatas. Nos humanos (e chimpanzés) a organização social é no entanto psicologicamente diferente. Segundo os autores, embora mantendo um sistema de padrões hierárquicos, os humanos desenvolveram um modo de organização social completamente diferente, a que chamam de modo hedónico.

Neste modo de funcionamento social, os comportamentos rituais agressivos não seriam inibidos pelos sinais de submissão emitidos pelo subordinado, mas seria o elemento dominante a enviar sinais de

[162] Capítulo 6

apaziguamento ou tranquilização, que aumentariam os comportamentos de aproximação dos outros e manteriam o sistema defensivo destes a um nível de baixa activação. Como referimos já, o modo hedónico, em conjugação com o sistema de vinculação, formam o sistema de segurança social nos humanos. Quando em operação, este sistema de segurança facilitaria o desenvolvimento de competência de exploração e participação, e inibiria formas mais primitivas de interacção social baseadas na dominância hostil (agónicas).

Deste modo, os humanos procurariam mais a apreciação do que a dominância ou submissão, sendo o modo hedónico dependente de um sistema de reforço positivo, contrariamente ao modo agónico que tem por base um sistema de punição (Trower & Gilbert, 1989).

O modo hedónico representa pois uma forma altamente evoluída de interacção social nos humanos. Quando este sistema de segurança falha em diminuir a activação defensiva social, isto é, quando não inspira sentimentos de segurança e tranquilização, ou quando há percepção de perigo, os sistemas de defesa biológicos mais primitivos são activados (modo agónico e territorial de defesa).

Isto poderá ajudar a explicar porque razão a ansiedade social é, pelo menos transitoriamente, uma experiência generalizada na espécie humana. Compreende-se assim que os modos agónico e hedónico de funcionamento social não sejam mutuamente exclusivos e que, mesmo o indivíduo mais prosocial pode, em determinados contextos, experimentar ansiedade social e chegar mesmo a reagir com hostilidade.

No fóbico social, possivelmente devido a influências genéticas e experiências ambientais durante o desenvolvimento (construção de uma visão de si mesmo como inferior, ou dos outros como hostis), há um fraco desenvolvimento das competências de resposta social associadas ao modo hedónico, diminuindo assim as probabilidades de as suas interacções sociais serem fonte de reforço e prazer. Este fraco desenvolvimento do modo hedónico facilitaria a activação do modo agónico de funcionamento social que, quando activado em situações sociais, origina um conjunto de processos cognitivos e comportamentais que influenciam a forma como o indivíduo vivência a sua relação com os outros, e que são caracterizados por uma tendência para:

[163] Modelos Evolucionários da Ansiedade Social

Perceber os grupos sociais como estruturados em termos de hierarquias de dominância-submissão;

Percepcionar e interpretar selectivamente os sinais sociais em termos desta estrutura de dominância-submissão;

Experimentar o eu como ameaçado (percebido como através dos olhos dos outros), focando a atenção em si mesmo e tomando medidas para se proteger de uma perda de estatuto.

Os sintomas e comportamentos característicos da fobia social resultariam em larga medida desta estruturação da interacção social (Trower & Gilbert, 1989). Ao percepcionar predominantemente a realidade social em termos de dominância-submissão, os fóbicos sociais tornam-se incapazes de participar nos sistemas de segurança cooperativos e mutuamente tranquilizadores.

No seu modelo psicobiológico, os autores conjugam este modelo biológico com um modelo psicológico que postula a existência de dois processos psicológicos fundamentais no funcionamento humano e que funcionam em interligação: um sistema de avaliação para perceber, inferir e avaliar a desejabilidade de vários estados (internos e externos), e um sistema de *coping* para responder à avaliação desses estados e originar as mudanças necessárias para obtenção de um estado desejado. Este estado desejado é representado por esquemas cognitivos que contêm os padrões em relação aos quais são feitas as

comparações. Os sistemas de avaliação-coping operam como parte de um sistema auto-regulador podendo, potencialmente, assumir várias formas, cada uma caracterizada por um tipo particular de emoção e uma rede de esquemas cognitivos associados, que levam o indivíduo a realizar uma interpretação particular do meio ambiente e a ter um padrão particular de resposta (Trower & Gilbert, 1989). Nesta perspectiva, ansiedade social estaria associada a um tipo de esquema cognitivo derivado do modo agónico, que conduziria a interpretações da realidade social em termos de hierarquias de dominância. Designam este esquema como esquema de dominância supra-ordinante, porque ele dita a natureza das percepções e conceptualizações da realidade social, dentro das quais as outras percepções e actividades ganham sentido.

Especialmente importante dentro deste esquema de dominância é o subconjunto de auto-esquemas, dado que o eu desempenha um papel nuclear na ansiedade social.

[164] Capítulo 6

O modelo assume ainda que qualquer indivíduo tende a antecipar activamente e a actuar nos acontecimentos ambientais, mais do que a responder passivamente ao meio. Esta faculdade de prever consequências desejáveis ou indesejáveis a partir de estímulos ambientais e de escolher a sua actuação em fase dessas previsões corresponde ao conceito psicológico de expectativa. Os autores postulam três tipos de expectativas: (a) expectativas estímulo-consequências, relacionadas com o sistema de avaliação; (b) expectativas comportamento-consequências, relacionadas com o sistema de *coping*; (c) expectativas de auto-eficácia.

Trower e Gilbert (1989) integram esta teoria psicológica de auto-regulação com o modelo biológico, acima descrito, numa conceptualização baseada em níveis do sistema de defesa/objectivos a alcançar. Cada nível tem uma estratégia interpessoal associada, isto é, um conjunto de regras para alcançar o objectivo. Estes níveis aplicam-se apenas ao sistema de defesa dado que, como foi acima já referido, os ansiosos sociais tenderiam a não utilizar predominantemente os componentes do sistema hedónico. Os autores descrevem quatro níveis do sistema de defesa, sendo os três primeiros especialmente relacionados com a ansiedade social e o quarto com a depressão.

Objectivos do primeiro nível: o objectivo a este nível é atingir a dominância numa relação interpessoal nova ou já existente. As estratégias interpessoais associadas são basicamente demonstração de poder e competência, mas com exibição de comportamentos agonísticos quando o comportamento do outro não é percebido como subordinado.

Objectivos do segundo nível: os objectivos são evitar ser agredido ou rejeitado/expulso do grupo por um dominante e procurar manter uma posição no grupo próxima do dominante. As estratégias interpessoais utilizadas são a emissão de sinais de apaziguamento e a adopção de uma posição subordinada.

Objectivos de terceiro nível: os objectivos deste nível estão relacionados com a percepção que a estratégia de submissão do nível dois não está a resultar e visam evitar a ameaça ou perigo vindo do dominante. A estratégia interpessoal utilizada é a fuga, luta, "congelamento" ou camuflagem, ou uma combinação destas. Pode também evitar os outros.

[165] Modelos Evolucionários da Ansiedade Social

O quarto nível é mais um estado de resignação que um objectivo, em que o humor predominante é o depressivo e está associado a comportamentos de desistência e desesperança.

Para a compreensão destes níveis de defesa no contexto da ansiedade social, há que ter em conta que os autores assumem que, devido ao seu funcionamento predominantemente agónico, a identidade primária desejada pelo fóbico social é ter mais estatuto e ser mais dominante que os outros (objectivos do primeiro nível), mas que este objectivo associado às baixas expectativas acerca da sua capacidade de obter e manter esta identidade de dominante, origina ansiedade elevada acerca de tentar uma estratégia interpessoal de dominância, o que os leva a adoptar estratégias comportamentais de submissão e apaziguamento (estratégias de segundo nível). Quando as estratégias de submissão e apaziguamento são avaliadas como ineficazes, o ansioso social tenderá a passar para estratégias comportamentais de escape e evitamento (estratégias de terceiro nível).

Quanto maior for a discrepância entre o objectivo de dominância e as expectativas das consequências esperadas (não conseguir ser dominante, fazer triste figura, cair no ridículo), maior é a ansiedade social e maiores são as probabilidades de abandono do objectivo primário e de adopção de objectivos do segundo e terceiro nível.

A este respeito, será interessante notar que as situações sociais que a investigação tem mostrado serem as mais receadas pela população geral (falar perante uma audiência, ser o centro das atenções), são situações que, nesta perspectiva, podemos interpretar como exigindo comportamentos de dominância que os indivíduos receiam não ter capacidade de realizar adequadamente (medo de fazer triste figura, de ser considerado incompetente, etc.).

Esta previsão do modelo está de acordo com a teoria motivacional de Leary para a ansiedade social (Schlenker & Leary, 1982; Leary & Kowalsky, 1995) que, do mesmo modo, prevê que a ansiedade social está ligada à discrepância entre o desejo de provocar uma impressão positiva no outro (identidade desejada como dominante) e as expectativas baixas acerca da sua capacidade para provocar essa impressão positiva.

Em relação aos indivíduos sem ansiedade social, o modelo

[166] Capítulo 6

prevê que eles tenderão a funcionar predominantemente no hedónico, que está associado a estratégias comportamentais amistosas e de cooperação. Em situações em que o seu sistema de defesa seja activado, será de esperar que funcionem de acordo com objectivos de primeiro grau, isto é, utilizando estratégias de dominância.

Resumidamente, o modelo prevê que os indivíduos com ansiedade social generalizada tenderão a utilizar comportamentos de submissão ou de evitamento e escape (consoante a sua avaliação da situação) nas suas interacções sociais. Os indivíduos sem ansiedade social tenderão a utilizar comportamentos amistosos e de cooperação, podendo utilizar estratégias de dominância quando o seu sistema de defesa é activado.

Qual o apoio empírico a estas previsões do modelo?

Os resultados, obtidos em estudos de crianças, adolescentes e adultos com ansiedade social, fornecem dados que apoiam indirectamente estas previsões do modelo, ao

mostrarem que crianças, adolescentes e adultos com ansiedade social tendem a avaliar as interações sociais como mais competitivas e ameaçadoras que as crianças normais (Beidel, 1991; Johson & Glass, 1989; Rabiner, Keane, & McKinnon-Lewis, 1993) e que as suas estratégias comportamentais são menos cooperativas e dominantes que crianças e adolescentes sem ansiedade social, mostrando-se mais submissas e evitantes (Beidel & Randall, 1994).

Três estudos procuraram testar directamente as hipóteses centrais do modelo.

Um estudo realizado por Hope, Sigler, Penn & Meier (1997, citado em Walters & Inderbitzen, 1998), em adultos com ansiedade social e controlos sem ansiedade social, em que, após uma interacção social, lhes era pedido que classificassem o seu impacto no parceiro de interacção. Os indivíduos com ansiedade social classificavam o seu comportamento como mais competitivo, mais submisso e como procurando mais apoio, comparativamente aos controlos não ansiosos.

Walters & Hope (1997, citado em Walters & Inderbitzen (1998) compararam fóbicos sociais e controlos normais, avaliando os comportamentos verbais e não verbais relacionados com os conceitos de cooperação, dominância, submissão e escape / evitamento. Verificaram

[167] Modelos Evolucionários da Ansiedade Social

que, durante uma interacção social, os fóbicos sociais mostravam menos comportamentos cooperativos e de dominância, que os controlos normais. Contudo, não se diferenciavam destes em comportamentos de submissão ou de escape.

Finalmente, Walters & Inderbitzen (1998), num estudo em que utilizaram 1.179 estudantes adolescentes de ambos os sexos, avaliaram a ansiedade social e utilizaram uma tarefa sociométrica de nomeação pelos pares. A tarefa de nomeação pelos pares era realizada entre os estudantes de cada turma que faziam a nomeação dos colegas tendo em conta vários descritores comportamentais. Em função das nomeações, a partir dos descritores comportamentais de: "o mais cooperante", "líder da turma", "o mais brigão", "o mais fácil de empurrar", os estudantes nomeados (n=406) foram classificados num de quatro grupos: cooperativo, dominante amistoso, dominante hostil e submisso. Os resultados mostraram que os estudantes classificados como submissos obtinham pontuações mais elevadas no questionário de ansiedade social que os classificados como cooperantes, dominantes amistosos e dominantes hostis.

No seu conjunto, estes três estudos, embora com alguma inconsistência nos resultados obtidos, dão apoio às hipóteses de Trower e Gilbert (1989), mostrando que as interações sociais dos ansiosos sociais são caracterizadas por estratégias comportamentais de maior submissão e menor dominância. Os resultados sugerem também, embora de forma menos consistente, a existência de uma relação negativa entre a ansiedade social e comportamentos de cooperação.

A conceptualização dos três níveis do sistema de defesa pode ainda ser utilizada, segundo os autores, para caracterizar tendências temperamentais.

Por exemplo o tipo dominante (personalidade narcísica) seria caracterizado por ter predominantemente objectivos do primeiro grau e seria altamente competente em estratégias de dominância do primeiro nível.

O tipo subordinado (ansioso social, tímido ou dependente) caracterizar-se-ia por perseguir objectivos do segundo nível e pode ser altamente competente em estratégias interpessoais de segundo nível (submissas)

[168] Capítulo 6

O tipo introvertido solitário (isolado socialmente, distúrbios de personalidade evitante e esquizóide) perseguiria caracteristicamente objectivos de defesa do terceiro nível. Tende a utilizar comportamentos anti-predadores, como escape e evitamento, que estão associados a elevados níveis de activação. Mostra fracas competências sociais.

Os três níveis de defesa permitem também gerar hipótese acerca do comportamento dos fóbicos sociais e contribuir para a compreensão de alguns dados da investigação que se mostram de interpretação difícil.

Por exemplo, os indivíduos do tipo dominante serão mais vulneráveis a desenvolver uma fobia social específica (de desempenho), em relação a situações sociais em que as fragilidades do seu repertório de dominância possam ser expostas (ou antecipadas). No entanto, como desenvolveram poucas competências interpessoais do segundo nível (submissas), tenderão a responder a essas situações ameaçadoras da sua dominância com reacções do terceiro nível, que estão associados a níveis elevados de activação (ansiedade), que desorganizarão ainda mais o seu repertório de dominância.

Os indivíduos do tipo subordinado poderão ser mais vulneráveis a desenvolver fobia social generalizada, pois devido à adopção de uma posição de subordinado, estão mais expostos a ataques ao seu estatuto. No entanto, como tenderão a ter desenvolvido estratégias interpessoais de segundo nível (de apaziguamento) são habitualmente capazes de funcionar bem em grupo. Contudo será de esperar que os indivíduos deste tipo possam desenvolver fobias específicas em duas situações: (a) Quando funcionam para objectivos de dominância (por exemplo, falar em público), (b) quando as suas estratégias de submissão parecem falhar e ficam sob o ataque de um dominante. Nestas circunstâncias tenderão a utilizar estratégias do terceiro nível, com elevada activação.

Uma conceptualização deste tipo permitirá compreender porque razão os indivíduos com fobias específicas (falar em público), quando comparados com indivíduos com fobia social generalizada, numa tarefa de falar perante uma audiência, mostram um maior aumento da frequência cardíaca (Heimberger *et al.*, 1990; Hofmann *et al.*, 1995;

[169] Modelos Evolucionários da Ansiedade Social

Levin, et al., 1993), traduzindo assim uma maior activação defensiva (respostas do terceiro nível).

A existência de respostas diferentes nos três níveis do sistema de defesa/objectivos está, também, de acordo com a sugestão de McNeil e cols. (1993) acerca da vantagem em separar as respostas de medo das respostas de ansiedade. As respostas de medo envolveriam uma mobilização para o evitamento físico e escape desencadeada por um estímulo ameaçador, e estão associadas a uma activação do sistema cardiovascular. A resposta de ansiedade poderia assumir múltiplas formas, incluindo o evitamento passivo, inquietação,

auto-verbalizações negativas e preocupações. Segundo Trower e Gilbert (1989), será de esperar níveis de activação fisiológica elevada (respostas de medo) em duas situações: (a) quando o fóbico social persegue objectivos de dominância mas antecipa um desempenho severamente perturbado devido a níveis de activação ansiosa elevados - respostas de inibição comportamental (medo de ficar bloqueado, ou descontrolado); (b) quando o fóbico social persegue objectivos do segundo nível (auto-apresentação submissa) mas prevê que esta estratégia vai falhar na inibição de comportamentos hostis do dominante. Pelo contrário, será de esperar uma activação fisiológica moderada enquanto o indivíduo acreditar que os seus mecanismos de *coping* (respostas de dominância ou de submissão) serão eficazes.

Na fobia social generalizada, em que há um desconforto em situações de interacção social, será de prever, segundo este modelo, que o indivíduo está a funcionar nessas situações com estratégias submissas e que existirá uma activação fisiológica contínua, mais que episódica, que embora elevada é menos acentuada que nas respostas de pânico e nas fobias animais. Um estudo de Öhman, Dimberg e Öst (1985), comparando a resposta fisiológica em vários tipos de fobia, verificou que a activação fisiológica era mais baixa nos indivíduos com fobia social que nos indivíduos com fobias de animais. Este estado de tensão desconfortável e cautela permanente nas interacções sociais dos indivíduos com fobia social generalizada, corresponderia ao estado de prontidão para a acção do modo agónico.

Sintetizando, a fobia social estaria assim estreitamente associada a uma mentalidade biologicamente preparada (modo agónico),

[170] Capítulo 6

que leva os fóbicos sociais a terem tendência para interpretar o comportamento dos outros como demonstração de poder e competência e a responder com comportamentos que sinalizam submissão e apaziguamento: inibem as suas interacções espontâneas, desviam o contacto visual, sorriem apaziguadoramente e dão aos outros uma atenção ansiosa, procurando agradar. Esta predominância do modo agónico estaria relacionada com factores genéticos e experiências desenvolvimentais que não facilitaram o desenvolvimento das competências sociais associadas ao modo hedónico. O sistema de avaliação dos ansiosos sociais está sensibilizado para perceber, monitorizar e avaliar ameaças ao eu (estatuto social), enquanto o seu sistema de *coping* tende a gerar respostas selectivas para a defesa do eu.

O modelo permite prever diferentes tipos de activação fisiológica, nos subtipos de fobia social específico e generalizado, e tem em conta diferenças temperamentais (tipo dominante e tipo subordinado), estabelecendo diferentes níveis do sistema defensivo intra-espécie, a que estariam associadas estratégias interpessoais diferentes.

Devido ao seu esquema supra-ordinante (mentalidade agónica), os fóbicos sociais procuram uma identidade de dominante, mas as suas baixas expectativas de auto-eficácia em obterem ou manterem essa identidade originam uma identidade social que é percebida como altamente vulnerável e faz com que monitorizem permanentemente a forma como os outros avaliam a sua aparência, comportamento ou outras características auto-identificadoras. Esta monitorização, que nos indivíduos sem fobia social só acontece

episodicamente, quando o seu esquema de dominância é activado (situações de engrandecimento ou situações ameaçadoras), tende a estar sempre presente nos fóbicos sociais generalizados, originando uma vigilância permanente do seu comportamento (consciência elevada de si mesmo) e dos sinais emitidos pelos outros que sinalizem avaliações negativas. O desconforto e tensão, provocados por este modo de avaliação da organização social em termos de hierarquias de dominância, leva-os a evitarem as situações sociais receadas, isolando-se e contribuindo assim para o agravamento da sua fobia social. Os fóbicos sociais tenderiam assim a utilizar predominantemente estratégias defensivas de segundo (sinais de submissão e apaziguamento) e terceiro (escape e evitamento)

[171] Modelos Evolucionários da Ansiedade Social

níveis, enquanto os indivíduos sem ansiedade social funcionariam predominantemente com estratégias de cooperação e amizade (modo hedónico).

Algumas das contribuições deste modelo para a compreensão do comportamento dos fóbicos sociais, tal como a sua tendência (quando o modo agónico é activado) para perceber as situações sociais como ameaçadoras e a experimentar o eu como ameaçado, ficando a atenção em si mesmo e tomando medidas para se proteger de uma perda de estatuto, foram incorporadas no modelo cognitivo de Clark e Wells (1995) e têm gerado investigação que as confirma (ver modelo cognitivo de Clark e Wells, capítulo 5).

Um outro aspecto que nos parece importante na forma como o modelo está conceptualizado, e que o distingue de outros modelos psicológicos da ansiedade social, é a valorização do sistema hedónico e da sua importância na diminuição da activação defensiva agónica. Nesta perspectiva, a ansiedade social pode ser uma resposta biologicamente adaptativa em contextos e relações em que predominem aspectos hostis e altamente competitivos, mas será biologicamente inapropriada em contextos e relações de cooperação e segurança.

Finalmente, é ainda possível retirar deste modelo algumas implicações terapêuticas, que não têm sido muito exploradas por outros modelos terapêuticos para a fobia social.

Primeiro, a terapia deve ser estruturada de forma a facilitar no doente o desenvolvimento de uma mentalidade hedónica, que o ajude a avaliar e a responder de forma não agónica nas interacções sociais. Estimular comportamentos de cooperação, partilha e competências sociais que levem o fóbico social a ser reforçado pelos outros e, assim, diminuir a sua activação defensiva agónica pode ter importantes consequências terapêuticas em muitos fóbicos sociais. A relação terapêutica com estes doentes deve ser especialmente cuidadosa de modo a não activar o modo agónico, mas sim facilitar o desenvolvimento de uma mentalidade hedónica. Nesse sentido, o terapeuta deverá evitar qualquer comportamento que possa ser interpretado como crítica, ataque, desvalorização ou ridicularização, dada a tendência destes doentes para interpretar dessa forma o comportamento dos outros.

Segundo, os efeitos benéficos da exposição serão reduzidos se

[172] Capítulo 6

o fóbico social continuar a funcionar no modo agónico, isto é continuar a construir as interações sociais em termos de dominância-submissão, a perceber os outros como dominantes e hostis, a rejeitar as suas avaliações negativas e a utilizar as suas respostas defensivas de submissão. A constatação de Mattick e Peters (1988) de que medo de avaliação negativa era o melhor preditor a longo prazo dos resultados do tratamento na fobia social, exemplifica, segundo Trower e Gilbert (1989), o modo defensivo de pensamento característico do sistema agónico de relacionamento social e que necessita de ser modificado para o tratamento ter êxito.

A Perspectiva Evolucionária-Genética da Ansiedade Social de Öhman

Em 1971, Seligman propôs o conceito de *preparadness* para explicar diferenças existentes entre as fobias clínicas e os medos obtidos por condicionamento em laboratório. Tratava-se de explicar vários aspectos das fobias clínicas, que as teorias de condicionamento da época tinham dificuldade em explicar, nomeadamente a rapidez de desenvolvimento do medo fóbico, a sua resistência à extinção e a sua distribuição selectiva por certos tipos de objectos e situações. com o conceito de *preparadness*, Seligman (1971) sugeriu que, devido aos processos evolucionários de selecção natural, os humanos possuem uma predisposição para adquirirem medos e fobias a objectos, animais ou situações que primitivamente constituíram uma ameaça para a espécie. Os nossos ancestrais, que facilmente adquiriam medos a objectos ou situações perigosas, possuíam assim uma vantagem selectiva na luta pela sobrevivência, e maior probabilidade de continuação da linhagem.

Öhman e cols. (Öhman, 1986; Öhman & Dimberg, 1978; Öhman, Dimberg & Ost, 1985; Öhman, Dimberg & Esteves, 1989) desenvolveram este conceito de medos geneticamente preparados, e, num conjunto de investigações aplicaram-no à compreensão da fobia social.

Tal como Trower e Gilbert (1989), aqueles autores defendem que os medos sociais se desenvolveram como uma consequência das hierarquias

[173] Modelos Evolucionários da Ansiedade Social

de dominância-submissão, associadas à organização social de grupo. Como as hierarquias de dominância-submissão se definem de atreves de encontros agonísticos, em que há exibição de comportamentos de ameaça por parte do dominante e exibição de medo e submissão por parte do subordinado, e como a expressão facial é um importante componente desses comportamentos de ameaça e de medo, os autores conjecturaram que poderia existir uma predisposição genética para rejeitar expressões faciais de ameaça ou de hostilidade. Testaram esta hipótese através de um paradigma de condicionamento, conjecturando que essa predisposição se traduziria numa maior facilidade de condicionamento quando, como estímulos condicionados, fossem utilizados *slides* de expressões faciais de cólera ou ameaça, em vez de *slides* de expressões faciais neutras ou alegres. Os resultados obtidos nas suas investigações confirmaram as suas hipóteses mostrando que: (a) obtiveram-se condicionamentos mais rápidos e mais resistentes à extinção com *slides* de expressões faciais de cólera ou de rejeição que com *slides* de

expressões faciais neutras ou alegres (Öhman & Dimberg, 1978); (b) uma maior resistência à extinção era obtida quando a expressão facial de cólera era dirigida directamente para o sujeito (Dimberg & Öhman, 1983); (c) uma vez obtido o condicionamento dessas expressões faciais, era possível provocar a resposta condicionada com apresentações subliminares de *slides* com expressões de cólera, enquanto tal não acontecia com expressões faciais neutras ou alegres (Öhman, Dimberg & Esteves, 1989). Segundo os autores, o facto de apenas com as expressões faciais de cólera se obter a resposta condicionada em apresentações subliminares, e tal não acontecendo com as expressões faciais neutras, ajudaria a explicar que na fobia social a resposta emocional pode ser activada sem existir um conhecimento consciente do estímulo activador.

Numa outra linha de investigação do seu modelo evolucionário, Öhman e colaboradores (Öhman, Dimberg & Ost, 1985), utilizaram o modelo de classificação comportamental de Mayr (1974), derivado da biologia evolucionária, que classifica os comportamentos em: comportamentos não comunicativos, comportamentos comunicativos inter-espécies (entre espécies diferentes, como predador e presa) e comportamentos intra-espécies (entre dois membros da mesma espécie),

[174] Capítulo 6

sugerindo que os medos relacionados com estes três sistemas de comportamento correspondem aos três grandes tipos de fobias proposta por Marks (1969) - fobias de objectos e aspectos da natureza, fobias animais e fobias sociais.

Partindo deste sistema classificativo, os autores compararam os dados sobre fobias animais e as fobias sociais em termos das respostas fisiológicas que lhes estão associadas e da sua idade de início. Conjecturaram que, numa perspectiva evolucionária, as fobias animais (relacionadas com medos inter-espécies de predadores) evoluíram para ajudar o indivíduo a defender-se de predadores e que nesse sentido deviam estar ligadas a respostas fisiológicas de activação intensa que facilitassem a luta ou a fuga. Em relação à sua idade de início, elas tenderiam a surgir cedo na vida do indivíduo, altura em que existe um maior risco de ser vítima de predadores. De forma diferente, os medos sociais (relacionados com medos intra-espécie), teriam evoluído como resultado das hierarquias de dominância-submissão e, por isso, a resposta de medo não envolveria uma activação fisiológica tão intensa, dado que o subordinado não necessitaria um escape total da situação mas, apenas, uma curta retirada que o fizesse sair do alcance imediato do dominante. A sua idade de início seria mais tardia que nas fobias animais, tendendo a desenvolver-se quando os conflitos pela dominância se tornassem mais importantes. A comparação dos dados obtidos, em estudos que investigaram as respostas fisiológicas nas fobias animais e nas fobias sociais, confirma as hipóteses dos autores, o mesmo acontecendo com as idades de início dos dois tipos de fobias, com as fobias animais a desenvolverem-se em idades inferiores às das fobias sociais, embora este último aspecto seja mais controverso, dado haver fóbicos sociais em que o distúrbio social se desenvolve muito cedo (ver capítulo 1).

Resumindo, Öhman e colaboradores defendem que, evolucionariamente, as fobias sociais e as fobias animais têm origens diferentes e estão relacionadas com medos que ajudaram os nossos ancestrais na luta pela sobrevivência. Dadas as suas diferentes funções e origin evolucionárias, os medos animais e os medos sociais estão associados a diferentes

respostas fisiológicas e idades de início. A fobia social teria evoluído como uma consequência das hierarquias de dominância-submissão

[175] Modelos Evolucionários da Ansiedade Social

e estaria associada a uma activação fisiológica menos intensa que não conduziria a respostas de escape total.

Os resultados das suas investigações (Dimberg & Ohman, 1983; Ohman & Dimberg, 1978; Öhman, Dimberg & Esteves, 1989) sugerem que os medos sociais são evolucionariamente preparados, isto é, existe uma predisposição inata para os humanos desenvolverem ansiedade social, e que a resposta de medo social pode ser evocada sem um conhecimento consciente da ameaça.

Referências

- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Beidel, D. C. (1991). Social phobia and overanxious disorder in school-age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 545-552.
- Beidel, D. C., & Randall, J. (1994). Social Phobia. In T. H. Ollendick, N. J. King, & W. Yule, (Eds.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Plenum
- Chance, M. R. A. (1988). A systems synthesis of mentality. In M. R. A. Chance (Ed.), *Social fabrics of the mind*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Clark, M. D., & Wells, A. (1995). A Cognitive Model of Social Phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope and F. R. Schneier (Eds), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York: Guilford
- Dimberg, U., & Öhman, A. (1983). The effects of directional facial cues on electrodermal conditioning to facial stimuli. *Psychophysiology*, 20, 160-167.
- Gilbert. P. (1989). *Human nature and suffering*. Hove, Sussex: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gelder, M. (1997). The scientific foundations of cognitive behaviour therapy. In David M. Clark and Christopher G. Fairburn (Eds.), *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. A., & Becker, R. E. (1990). DSM-III-R subtypes of social phobia: Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 172-179.
- Hofmann, S. G., Newman, M. G., Ehlers, A., & Roth, W. T. (1995). Psychophysiological differences between subgroups of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 224-231.
- Hope, D. A., Sigler, K., Penn, D. L., & Meier, V. J. (1997). Social anxiety, recall of

interpersonal information, and social impact on others. Manuscript submitted for publication.

Johnson, R. L., & Glass, C. R. (1989). Heterosocial anxiety and direction of attention in high school boys. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 509-526.

Leary, M. R., & Kowalsky, R. M. (1995). The Self-Presentation Model of Social Phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (Eds), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. Guilford Press, New York.

Levin, A. P., Saoud, J. B., Strauman, T., Gorman, J. M., Fyer, A. J., Crawford, R., & Liebowitz, M. R. (1993). Response of "generalized" and "discrete" social phobics during public speaking. *Journal of Anxiety Disorders* 7 207-221.

Marks, I. (1969). Fears and phobias. New York: Academic Press.

Marshall, J. R. (1994). *Social Phobia: From shyness to stage fright*. New York: Basic Books.

Mattick, R. P., & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.

Mayr, E. (1974). Behavior programs and evolutionary strategies. *American Scientist*, 62, 650-659.

McNeil, D. W., Vrana, S. R., Melamed, B. G., Cuthbert, B. N., & Lang, P. J. (1993). Emotional imagery in simple and social phobia: Fear vs. anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 212-225.

Öhman, A. (1986). Face the beast and fear the face: Animal and social fears as prototypes for evolutionary analyses of emotion. *Psychophysiology*, 23, 123-145.

Öhman, A., Dimberg, U. (1978). Facial expressions as conditioned stimuli for electrodermal responses: A case of "preparadness"? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 1251-1258.

Öhman, A., Dimberg, U., & Esteves, F. (1989). Preattentive activation of aversive emotions. In T. Archer & L.-G. Nilsson (Eds.), *Aversion, avoidance and anxiety: Perspectives on aversively motivated behavior*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Öhman, A., Dimberg, U., Ost, L.-G. (1985). Animal and social phobias: biological constraints on the learned fear response. In S. Reiss & R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy*. New-York: Academic Press.

Rabiner, D. L., Keane, S. P., & MacKinnon-Lewis, C. (1993). Children's beliefs about familiar and unfamiliar peers in relation to their sociometric status. *Developmental Psychology*, 29, 236-243.

Rachman, S. (1984). Agoraphobia - a safety-signal perspective. *Behavioral Research and Therapy*, 22, 59-70.

Schlenker, B. R., & Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self-presentation: a conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, 92, 641-669.

Seligman, M. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2, 307-320.

[177] Modelos Evolucionários da Ansiedade Social

Trower, P., & Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 19-35.

Walters, K. S., & Hope, D. A. (1997). A test of differences in social behavior between individuals with social phobia and nonanxious participants using a psychobiological model. Manuscript submitted for publication.

Walters, K. S., & Inderbitzen, H. M. (1998). Social anxiety and peer relations among adolescents: testing a psychobiological model. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 183-198.

[178]

[179]

III Parte

Avaliação e Tratamento

[180]

[181]

Capítulo 7

Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

Marina Cunha

O contexto científico que levou Liebowitz, Gorman, Fyer e Klein (1985) a referirem-se à fobia social como "um distúrbio ansioso negligenciado", modificou-se substancialmente. Assim, a relativa escassez de investigação e informação disponível, na década de oitenta, deu lugar, nos últimos anos, a um enorme desenvolvimento de pesquisa nesta área, o qual tem contribuído para clarificar a natureza do fenómeno, realçando as suas múltiplas dimensões, complexidade e relevância. Este interesse crescente pela fobia social, tem sido acompanhado, no domínio empírico, pelo desenvolvimento de instrumentos e estratégias de avaliação os quais, por sua vez, têm dado um contributo importante para a investigação e prática clínica.

A compreensão clara da condição de fobia social, e conseqüente escolha de estratégias terapêuticas eficazes, passa necessariamente por uma avaliação detalhada e cuidadosa da situação. Por outro lado, no caso da fobia social, há ainda a ter em conta que, frequentemente, este indivíduo encara os seus problemas interpessoais, ou "timidez", como um traço da sua personalidade. Tal circunstância leva a que não se refira directamente a esses problemas e seleccione, no seu lugar, outro tipo de queixas (como por exemplo, cansaço, ansiedade, depressão, queixas somáticas, etc.), o que dificulta uma avaliação correcta da situação. Neste sentido, o diagnóstico vai depender de uma avaliação cuidadosa dos sintomas e sinais característicos da fobia social, e também

[182] Capítulo 7

de um diagnóstico diferencial metódico, para colocar os sintomas de ansiedade no devido contexto.

Não é fácil avaliar o comportamento social, não só por uma ausência de normas absolutas que definam a adequação social como, também, pela dificuldade de prever o grau de desconforto subjectivo sentido pelo sujeito, com base somente na obtenção de informações e observação directa do seu comportamento. Assim, por exemplo, um indivíduo pode não saber ouvir os outros, interrompê-los, evitar o contacto visual, ter aptidões sociais pobres, mas, mesmo assim capaz de fazer amigos e sentir-se socialmente capaz e confiante. Outro, poderá ser calado, reservado e passar grande parte do seu tempo sozinho, mas sentir-se bem consigo próprio.

Desta forma, a avaliação clínica da fobia social deve ser estruturada no sentido de considerar, de modo sistemático, os sintomas fisiológicos, comportamentais, cognitivos, emocionais e as reacções aos mesmos. Deverá, também, incluir uma avaliação do grau em que o problema é invalidante para o quotidiano do indivíduo, o que constituirá um indicador acerca da gravidade da fobia social.

Neste [capítulo](#)¹ voltar são abordadas questões relativas à avaliação da fobia social, nomeadamente no que respeita às diversas estratégias e metodologias que se têm revelado mais úteis na investigação e prática clínica.

Em primeiro lugar, é analisada a entrevista clínica procurando-se, por um lado, focar as áreas fundamentais de informação, e, por outro, realçar os aspectos técnicos e relacionais inerentes à condução da entrevista, dimensões estas particularmente importantes no contacto com indivíduos cujas dificuldades são de natureza interpessoal. Serão brevemente apresentadas as principais entrevistas clínicas estruturadas, enquanto formas padronizadas de recolha de informação.

Segue-se uma revisão dos diversos instrumentos de auto-resposta utilizados para avaliação da fobia social, procurando-se, aqui, e dada a diversidade de questionários existentes, agrupá-los de acordo

[183] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

com o seu grau de especificidade: i) inventários concebidos para avaliar a fobia social; ii) questionários gerais de ansiedade ou medos que incluem subescalas de ansiedade social; iii) outros, onde são referidos incluem subescalas provenientes de diferentes áreas de investigação relacionadas com o estudo do fenómeno de ansiedade social, nomeadamente a Psicologia Social e a Comunicação.

A avaliação motora do comportamento é outra dimensão crucial na fobia social, pelo que serão referidas metodologias como a observação do comportamento, registos de auto-monitorização e testes de representação comportamental.

É também apresentada uma breve descrição de um conjunto de medidas fisiológicas, e o estado actual do seu estudo, quando aplicado a esta categoria de diagnóstico.

Por último, no âmbito da avaliação cognitiva serão apontadas as medidas mais utilizadas na avaliação de pensamentos, crenças, atribuições, expectativas e esquemas, que se têm mostrado relevantes na avaliação e tratamento da fobia social.

Entrevista Clínica

A entrevista clínica, independentemente do seu estilo ou formato (mais ou menos estruturada, mais ou menos directiva) tem como objectivo último uma recolha diversificada de informação, que permita uma conceptualização compreensiva do problema do paciente, bem como da melhor forma de o ajudar. Neste sentido, podemos dizer que a eficácia da intervenção terapêutica depende, em parte, da entrevista clínica, enquanto meio privilegiado de avaliação. Podem ser obtidos dados relevantes acerca de características pessoais, nível sócio-cultural e história interpessoal do paciente, incluindo informação precisa acerca da forma como se foram desenvolvendo os padrões de comportamento e funcionamento social actual. Por sua vez, a compilação da história pessoal fornece informação útil para terminar em que situações sociais o indivíduo considera o seu comportamento como problemático, e quais os seus objectivos terapêuticos.

[184] Capítulo 7

A entrevista clínica pode também ser usada como um instrumento retrospectivo de avaliação cognitiva. Neste caso, o terapeuta pedirá ao cliente para se recordar de uma situação recente e perturbadora e para relatar o que estava a pensar ou a sentir nessa altura, tendo, assim, oportunidade para avaliar atitudes, crenças ou auto-verbalizações.

Sendo uma situação interpessoal, a entrevista permite, ainda, observar o comportamento do indivíduo, avaliar alguns componentes verbais e não verbais e avaliar o seu estilo interpessoal, aspecto de crucial importância no caso da fobia social.

Poderão ser também de grande utilidade, em alguns casos, entrevistas conjuntas com familiares ou amigos, para esclarecer algumas dificuldades específicas.

Condições técnicas e interpessoais da situação de entrevista

A entrevista clínica, apesar de ser um meio privilegiado de avaliação, pode, contudo, constituir uma situação muito difícil para os fóbicos sociais, dadas as suas dificuldades interpessoais.

Consultar um técnico pela primeira vez, estar face a face com alguém que não se conhece, falar de si e das suas dificuldades é, para a maioria dos fóbicos sociais, uma situação tipicamente ameaçadora, geradora de grande desconforto e ansiedade que, frequentemente, conduz a evitamentos sucessivos. Na prática, isto poderá traduzir-se pela não comparência à consulta marcada, apesar de a desejar desesperadamente. Outras vezes, poderá recorrer a amigos e/ou familiares para o acompanhamento à consulta, ou aos efeitos de tranquilizantes ou do álcool para enfrentar a situação, sentida como verdadeiramente penosa. No caso de adiamento sucessivo da consulta, tal pode arrastar-se durante anos, o que poderá complicar o quadro clínico através do desenvolvimento de condições comórbidas como, por exemplo outros distúrbios de ansiedade, dependência de álcool e depressão (Lépine, 1999; Pinto Gouveia, 1997). Este aspecto é da maior importância na avaliação clínica, como será esclarecido adiante. Muitas vezes são estas situações clínicas comórbidas que motivam a consulta

[185] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

podendo assim, dominar as queixas do doente e mascarando ou dificultando o diagnóstico de fobia social.

Ainda a propósito do desconforto e evitamento que a situação de entrevista pode despertar, os estudos citados por Greist e cols., (1995) sobre a utilização de entrevistas clínicas e escalas de avaliação administradas através do computador, a amostras de doentes, são bastante elucidativos. Os resultados mostram que, apesar de os doentes quererem dar informação considerada íntima ou pessoal ao terapeuta, fazem-no com mais facilidade através do computador do que directamente ao clínico (Greist *et al.*, 1974, Greist & Klein, 1980, in Greist, Kobak, Jefferson, Katzelnick & Chene 1995; Kobak, Reynolds & Greist, 1994). No caso dos fóbicos sociais, estas dificuldades na entrevista face a face podem ainda ser mais evidentes. Por exemplo, num estudo que recorreu a escalas de avaliação da fobia social, em ambas as versões (Greist *et al.*, 1995), computadorizada e administrada pelo clínico, verificou-se que a percentagem de fóbicos sociais que preferiam ser entrevistados por computador (64%) era significativamente maior que a percentagem daqueles que tinham preferência pela entrevista conduzida pelo clínico (9%) e ainda que aqueles que não manifestavam qualquer preferência (28%). Estes resultados são ainda mais curiosos, quando comparados com os de sujeitos com outros distúrbios de ansiedade e afectivos, onde uma percentagem significativamente maior de doentes (52%) preferia o contacto pessoal com o clínico ao computador (6%).

Isto ajuda-nos a compreender as dificuldades do fóbico social, para além de uma simples "timidez" ou "falta de à-vontade". De facto, a situação de entrevista tal como outras situações sociais, causam sofrimento psicológico, desgaste emocional, que poderão ter custos elevados na vida do indivíduo.

Assim, toma-se clara a ideia de que a condução da entrevista se reveste duma importância fundamental, devendo ser cuidada, atenta, sem pressas nem interrupções, num clima de confiança e colaboração mútua. Embora tais considerações sejam válidas para toda e qualquer situação de entrevista, os aspectos relacionais tomam-se especialmente pertinentes neste distúrbio, dada a sua natureza intrinsecamente interpessoal e as dificuldades que lhe estão associadas (como, por exemplo, o medo elevado de avaliação negativa e de ser rejeitado).

[186] Capítulo 7

Uma postura e atitude não avaliativa, procurando evitar expressões que denunciem admiração face aos relatos do cliente, ou comentários e expressões mais ambíguas, são cuidados a redobrar com o fóbico social dada a sua sensibilidade à avaliação e frequente receio de ser julgado negativamente (Alden, 1987; Clark & Wells 1995). Estas precauções poderão ser especialmente importantes no primeiro contacto, em que, ainda, não está assegurada uma boa relação terapêutica. Numa fase posterior da intervenção, estes "mal-entendidos" entre terapeuta e cliente deverão ser alvo de análise, constituindo oportunidades para evidenciar o papel das distorções e enviesamentos cognitivos ou, mesmo, de padrões disfuncionais de interacção na manutenção das dificuldades. Não terminar a consulta sem primeiro estabelecer uma boa relação com o cliente e ganhar a sua confiança é uma tarefa essencial, embora nem sempre fácil. Pode acontecer que a própria

ansiedade do doente e a dissonância na comunicação originada por todo o embaraço que domina a conversação, provoque algum desconforto também no terapeuta, levando-o a precipitar o fim da consulta.

O recurso a questões abertas no início da consulta ou entrevista poderá facilitar a abordagem, permitindo ao doente conduzir a entrevista na direcção que desejar e respeitando a sua capacidade de colaborar no processo de definição do problema. São exemplos destas questões: "Em que é que posso ajudar?", "Qual o seu problema?" Nesta fase, as questões começadas por "o quê", "como", "quando", "quem" e "onde" são preferíveis às iniciadas por "porquê", as quais podem ser mal interpretadas e gerar uma atitude defensiva (Greist *et al.*, 1995).

Tópicos relativos à recolha de informação

A entrevista deve ser conduzida de forma a obter uma descrição clara das dificuldades que o cliente apresenta actualmente e da evolução. Esta análise detalhada dos problemas do indivíduo passa,

[187] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

necessariamente, pela formulação das seguintes questões: Quando é que começou o problema? Qual o seu curso (contínuo, oscilações, e recaídas, etc.)? Quais os sintomas subjectivos e sinais objectivos de desconforto ou ansiedade que o doente nota e qual a sequência temporal? Qual a frequência com que esses sintomas e sinais ocorrem? Qual a sua severidade? Quais as circunstâncias associadas a esses sintomas, isto é, em que tipo de situações é que os sintomas habitualmente ocorrem (ex.: situações de interacção social ou que envolvem um desempenho em público como, por exemplo, falar, actuar, comer, escrever na presença de outros)? Que acontecimentos ou condições agravam ou aliviam os seus sintomas e sinais de desconforto? Quais os comportamentos de evitamento associados ao problema? (Para além dos evitamentos mais visíveis, existem outras formas mais subtis, também muito frequentes na fobia social. Por exemplo, não aceitar um desafio, encurtar uma situação, fazer recusas, adiar um acontecimento ou situação, etc.). Qual o grau de interferência ou limitações que o problema causa na vida do sujeito?

As respostas a estas questões vão permitir ao clínico formar uma ideia acerca do tipo de problemas e dificuldades que o sujeito apresenta. Para além da descrição pormenorizada das dificuldades expressas, a história médica e psiquiátrica, história social e conjugal, história escolar e profissional, e, a realização de alguns exames médicos, são outros tópicos a ter em conta para a compreensão do desenvolvimento dos problemas.

Assim as histórias familiar, social, conjugal, escolar e profissional poderão fornecer informação acerca dos padrões de ansiedade social relativos à família e dados mais específicos acerca do funcionamento social do doente, em áreas importantes onde a ansiedade social habitualmente emerge.

Uma revisão da história desenvolvimental da timidez, indicadores de inibição comportamental e possíveis acontecimentos que precederam o início da fobia social, é também um procedimento indicado para a compreensão da etiologia deste distúrbio.

A realização de exames médicos poderá ser útil para identificar manifestações fisiológicas de ansiedade que ocorram em situações sociais ou na sua antecipação, assim como a manifestação de outros

[188] Capítulo 7

sinais ou sintomas orgânicos, permitindo excluir explicações alternativas tais como a presença concomitante de distúrbios do Eixo III (por exemplo, doença de Parkinson) ou o uso de cafeína, estimulantes, cocaína ou álcool.

Com base neste conjunto de informações, deverá ainda ser feito um diagnóstico psiquiátrico compreensivo, de acordo com os Eixos I a V do DSM-IV (APA, 1994), bem como um diagnóstico diferencial entre fobia social, fobia simples e distúrbio de pânico, com e sem agorafobia. Condições comórbidas comuns, incluindo depressão e abuso de substâncias, devem ser também cuidadosamente examinadas, já que a comorbilidade destas condições é bastante frequente na fobia social. Por outro lado, há que não esquecer, como já foi referido no início deste capítulo, que muitos fóbicos sociais só recorrem à consulta quando há problemas comórbidos. Nestes casos, o motivo de consulta, apresentado pelo doente, não são as suas dificuldades sociais, mas sim queixas relacionadas com o problema comórbido (depressão, abuso de álcool, etc.). Dada a elevada prevalência da fobia social e o facto de, frequentemente, ser antecedente do distúrbio comórbido, é importante que o clínico esteja alerta para essa possibilidade e investigue até que ponto certos sinais e queixas poderão estar a mascarar a presença de uma fobia social.

Finalmente, uma outra dimensão da entrevista clínica é a possibilidade que oferece de observação do comportamento do sujeito durante o processo. A postura, o contacto visual, tremores, rubor, suores ou transpirações abundantes, aparência tensa ou assustada, são exemplos de comportamentos relevantes para a fobia social, que podem ser avaliados através de observação directa. Poderá ser adequado, durante a entrevista, perguntar ao cliente como se está a sentir e questionar acerca de sintomas específicos que só podem ser percebidos pelo próprio.

Resumindo, a entrevista clínica deve permitir uma compreensão das dificuldades do sujeito, as quais estão encapsuladas num diagnóstico formal. Deve também determinar quais os objectivos terapêuticos a atingir e incluir uma medida padronizada da severidade do problema, que permita avaliar as mudanças ocorridas em função do tratamento.

[189] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

Entrevistas Clínicas Semi-estruturadas

As entrevistas semi-estruturadas fornecem um quadro conceptual para conduzir a entrevista, permitindo, contudo, ao clínico integrar a sua experiência e flexibilidade no sentido de adaptar as questões à linguagem do doente, reformular e alargar questões para obter mais informação, desafiar as inconsistências do doente, fazer interferências e utilizar julgamentos clínicos na avaliação da severidade dos sintomas (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1992).

Este tipo de instrumento é utilizado com objectivos de diagnóstico e, entre os mais divulgados, contam-se a *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS; Endicott & Spitzer, 1978; Mannuzza, Fyer, Klein & Endicott, 1986) a *Anxiety Disorders Interview Schedule* (ADIS; DiNardo *et al.*, 1983, DiNardo *et al.*, 1993; DiNardo, Brown & Barlow, 1994) e, ainda, a *Structured Clinical Interview for DSM* (SCID; Spitzer, Williams, Gibbon, e First, 1992; First, Spitzer, Gibbon e Williams, 1996). Todas estas entrevistas têm diversas versões, de acordo com a actualização dos critérios para diagnóstico dos distúrbios mentais.

A Entrevista para Distúrbios Afetivos e Esquizofrenia (SADS; *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*; Endicott & Spitzer, 1978), anterior à 3ª edição do DSM (DSM-III; APA, 1980), foi desenvolvida com base na Investigação dos Critérios de Diagnóstico (RDC; *Research Diagnostic Criteria*; Spitzer, Endicott, & Robins, 1978, in Cox & Swinson, 1995), com o objectivo de aumentar a fidedignidade das avaliações diagnósticas. Apesar de ter sido criticada por não fornecer informação detalhada para diagnósticos diferenciais dos distúrbios de ansiedade, os autores referem uma estabilidade teste-reteste de .67 e uma consistência interna de .94 para as Escalas de Ansiedade incluídas nesta entrevista (Endicott, & Spitzer, 1978). Uma das limitações importantes deste instrumento é a necessidade de treino para a sua administração e a exigência de clínicos com experiência em avaliação de psicopatologia e em entrevistas clínicas. Uma vez que o SADS fornece diagnósticos para uma larga gama de distúrbios, a sua administração é bastante morosa (mais de 2 horas).

Mais recentemente, Mannuzza, Fyer, Klein e Endicott(1986)

[190] Capítulo 7

desenvolveram uma outra versão desta entrevista - *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Lifetime Anxiety version* (SADSA-LA), especificamente destinada a diferenciar os distúrbios de ansiedade ao longo do ciclo de vida. A sua estrutura permite obter diagnósticos de acordo com os critérios apontados pelo RDC, DSM III e DSM-III-R e realça essencialmente a sequência e as interrelações entre os vários sintomas e distúrbios ao longo do ciclo de vida. Para a fobia social, inclui uma avaliação do grau de severidade com base em 10 situações sociais nas quais o indivíduo assinala o grau de ansiedade e evitamento provocado por cada uma delas. Mannuzza e cols. (1986) encontraram um coeficiente de correlação de .68 para o acordo entre avaliadores relativamente ao diagnóstico actual de fobia social e de .71 para o diagnóstico ao longo do ciclo de vida. Duma forma geral, a SADSA-LA possui uma fidedignidade aceitável para o diagnóstico do distúrbio de ansiedade social. Contudo, uma vez que esta versão segue um formato sequencial, ao longo do ciclo de vida, em que é avaliada a presença simultânea de sintomas de múltiplos distúrbios, não permite administrar um módulo exclusivamente para a fobia social. Por conseguinte, este tipo de entrevista, embora tenha a vantagem de ser apoiado empiricamente, é considerado demasiado extenso e moroso.

Existe ainda disponível uma versão deste instrumento, destinado a crianças - (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for Children*; K-SADS) (ver Cunha e Salvador, cap. 12).

A Entrevista Estruturada para os Distúrbios de Ansiedade (ADIS - *Anxiety Disorders Interview Schedule*; DiNardo *et al.*, 1983), e a sua versão actual (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: lifetime version* - ADIS-IV-L; DiNardo, Brown & Barlow, 1994), é uma das mais utilizadas para o diagnóstico dos distúrbios de ansiedade. ADIS-IV-L para além de permitir avaliar, ao longo do ciclo de vida, os distúrbios de ansiedade e distúrbios afectivos segundo os critérios definidos pelo DSM-IV (APA, 1994), fornece uma informação detalhada sobre aspectos clinicamente relevantes dos distúrbios, tais como aspectos situacionais e cognitivos que geram ansiedade, intensidade da ansiedade, classificação do grau de evitamento, acontecimentos precipitantes e história do problema.

[191] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

A cada diagnóstico é igualmente dada uma classificação da severidade baseada no grau de desconforto e limitações funcionais (DiNardo, Brown & Barlow, 1994).

Na avaliação da fobia social, o entrevistador pede aos clientes para clarificar o seu nível de medo e evitamento em situações sociais tais como festas, encontros, cafés públicos, e comer, escrever e falar em público. É, ainda, registada a primeira vez em que os medos foram experienciados e o grau em que a ansiedade e o evitamento estão dependentes da formalidade da situação, do tamanho do grupo, ou do grau de conhecimento e à-vontade com as pessoas. Assim, este instrumento permite delinear as componentes históricas, situacionais e cognitivas, bem como outras características clínicas associadas à fobia social.

O estudo realizado por Barlow (1985) com a versão original da ADIS, numa amostra de fóbicos sociais que procuraram tratamento, encontrou um elevado grau de acordo entre observadores. DiNardo e cols. (1993) na investigação sobre a fidedignidade da ADIS-III-R em 267 doentes da comunidade chegaram, também, a um excelente valor de acordo no diagnóstico de fobia social ($\kappa=.79$). Relativamente à ADIS-IV-L, esta versão demonstrou, igualmente, um bom acordo entre avaliadores ($\kappa=.64$) no diagnóstico de fobia social ou distúrbio de ansiedade social (DiNardo *et al.*, 1995 in Hart, Jack, Turk & Heimberg, 1999).

A utilização desta entrevista, embora bem apoiada empiricamente e de fácil aplicação, não cobre, contudo, todos os distúrbios psiquiátricos.

A Entrevista Clínica Estruturada para o DSM (SCID – *Structured Clinical Interview*; Spitzer, Williams, Gibbon, e First, 1992; First, Spitzer, Gibbon e Williams, 1996) consiste num procedimento padronizado, desenvolvido para estabelecer diagnósticos de acordo com os critérios do DSM. À semelhança dos instrumentos anteriores, também esta entrevista apresenta diferentes versões de actualização (SCID-P; Spitzer *et al.*, 1988; SCID-I/P; First *et al.*, 1996). A entrevista consiste em módulos separados para diferentes classes de distúrbios do Eixo I (por exemplo, distúrbios ansiosos, distúrbios de humor) permitindo, assim, a administração isolada dos mesmos.

[192] Capítulo 7

Numa amostra de doentes psiquiátricos, obteve-se um acordo entre os clínicos de .47 relativamente ao diagnóstico actual de fobia social e .57 para o diagnóstico ao longo do ciclo de vida, segundo os critérios do DSM-III-R (Spitzer *et al.*, 1992). Estes valores baixos de correlação, segundo os autores, podem ser devidos à utilização duma amostra heterogénea (*ibidem*). Num estudo anterior (Skre *et al.*, 1991, in Cox & Swinson, 1995) que recorreu à utilização da versão da SCID para o DSM-III (SCID-P) obtiveram-se valores mais elevados para a precisão no diagnóstico de fobia social ($\kappa=.72$).

Tal como a SADS, apresentada anteriormente, a SCID requer um treino intenso, tanto na sua administração, como no manuseamento dos critérios de diagnóstico (Williams *et al.*, 1992). Este formato de entrevista ao explorar todos os distúrbios do Eixo I, toma-se menos específico para os distúrbios de ansiedade, nomeadamente para a fobia social. Por outro lado, comparativamente a outras entrevistas estruturadas, a SCID fornece menos informação detalhada acerca de sintomas subclínicos que podem ser relevantes e não acrescenta informação extra acerca da natureza dos distúrbios (como, por exemplo, a fenomenologia ou possíveis factores etiológicos).

Recentemente, Stein, Hazen e cols., (1992, in Cox & Swinson, 1995) modificaram esta entrevista no sentido de aumentar a sua utilidade no diagnóstico da fobia social e distúrbio de pânico, bem como nos respectivos diagnósticos diferenciais. Esta versão, designada de SCID-Ro, contempla já as modificações introduzidas pelo DSM-IV para o diagnóstico da fobia social, incluindo, também, um módulo para o diagnóstico do Distúrbio de Personalidade Evitante do Eixo II que, como é conhecido, apresenta uma comorbilidade elevada com a Fobia Social. Estudos preliminares não publicados, referidos por Cox e Swinson (1995), sugerem uma boa fidedignidade no diagnóstico de fobia social. Mais investigações serão necessárias para confirmar estes resultados sobre a precisão da SCID.

Procurando fazer uma **síntese** das entrevistas clínicas semi-estruturadas apresentadas, salienta-se a preocupação com a actualização e suporte empírico subjacente a cada uma delas, embora ainda haja pouca informação disponível relativamente às versões mais recentes destes instrumentos baseados no DSM-IV.

[193] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

A todas é possível apontar vantagens e desvantagens quanto à sua utilização. Contudo, no caso específico da avaliação da fobia social, a ADIS e a sua recente revisão parece-nos um instrumento especialmente interessante possibilitando não só um diagnóstico fácil dos diversos distúrbios ansiosos, como também a avaliação de aspectos clínicos relevantes e a reconstituição da história do desenvolvimento do distúrbio. A SCID, embora menos específica para a fobia social, é de grande utilidade ao permitir fazer, separadamente, todos os diagnósticos do Eixo I. Para o diagnóstico de fobia social, a versão desta entrevista, recentemente desenvolvida por Stein e cols., (1992, in Cox & Swinson, 1995), parece ser bastante promissora embora sejam necessários mais dados que confirmem a sua utilidade e com base nos quais seja possível divulgar as suas potencialidades clínicas.

Instrumentos de Auto-Resposta

Com uma larga tradição na Psicologia Social e Psicologia Clínica Cognitivo-comportamental, diversos instrumentos de auto-resposta têm sido desenvolvidos para a avaliação da ansiedade social. Estes questionários constituem, sem sombra de dúvida, os instrumentos mais utilizados na investigação e avaliação clínica, permitindo identificar as dificuldades do fóbico social e avaliar os resultados do tratamento.

Segundo Glass e cols. (1989), os inventários de auto-resposta utilizados na avaliação da ansiedade e fobia social encontram-se organizados em quatro áreas fundamentais: i) inventários de medos e ansiedade geral; ii) medidas disposicionais de ansiedade social; iii) questionários de avaliação da timidez; e iv) inventários de avaliação de competências sociais. Scholing e Emmelkamp (1990) utilizam um sistema de classificação diferente, agrupando estes instrumentos de avaliação da fobia social somente em duas categorias: i) os que se dirigem directamente aos sinais e sintomas da fobia social; e ii) aqueles que constituem medidas mais gerais de ansiedade e medos. Na descrição, que se segue, dos diversos instrumentos de avaliação optámos por esta última classificação. Dado o número elevado de questionários

[194] Capítulo 7

e escalas disponíveis nesta área de avaliação da fobia social, focaremos apenas aqueles que mais se têm destacado na investigação deste tema.

Escalas de Avaliação da Ansiedade Social ou Fobia Social **Escalas de Evitamento e Desconforto em Situações Sociais (SAD) e de Medo de Avaliação Negativa (FNE)**

As Escalas de Evitamento e Desconforto em Situações Sociais (*Social Avoidance and Distress*; SAD) e de Medo de Avaliação Negativa (*Fear of Negative Evaluation*; FNE), desenvolvidas por Watson e Friend (1969) têm sido as mais utilizadas não só na investigação como, também, com objectivos clínicos.

O SAD é composto por 28 itens que avaliam a experiência de mal-estar, desconforto e ansiedade em situações sociais, bem como o evitamento deliberado dessas situações.

O FNE, formado por 30 itens, procura medir a expectativa e o medo da avaliação negativa pelos outros e os evitamentos de situações avaliativas.

Estes inventários, estandardizados numa amostra de estudantes, apresentam uma elevada consistência interna ($KR20=.94$), mostrando o SAD uma estabilidade temporal de .68 e o FNE de .78 (Watson & Friend, 1969).

Apesar da existência de diversos estudos que apoiam a validade do SAD e FNE, eles têm sido também alvo de alguma controvérsia, nomeadamente no que respeita à adequação destas medidas para a avaliação da fobia social.

Turner, McCanna e Beidel (1987) criticam o SAD e FNE por não possuírem validade discriminante já que no seu estudo, os dois instrumentos apenas diferenciavam os fóbicos sociais dos indivíduos com fobia simples, não os discriminando de outros grupos de perturbações ansiosas. Ainda na mesma pesquisa, os autores verificaram que o SAD e o FNE se correlacionavam significativamente com medidas de avaliação de ansiedade-traço e depressão, o que, associado à falta de

[195] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

validade discriminante dos instrumentos, leva os autores a concluir que eles são melhores na avaliação do desconforto emocional geral, do que da ansiedade ou fobia social (Turner, McCanna & Beidel, 1987; Turner & Beidel, 1988).

Heimberg, Hope, Rapee e Bruch (1988) ofereceram explicações alternativas para os resultados obtidos por Turner, McCanna e Beidel (1987), reforçando a utilidade do SAD e FNE na avaliação da ansiedade social, a qual pode apresentar-se como o problema nuclear entre os vários distúrbios de ansiedade. Heimberg, Hope, Rapee e Bruch (1988) defendem que estas escalas não têm necessariamente que discriminar os fóbicos sociais dos indivíduos com outras perturbações ansiosas, uma vez que a ansiedade social, com significado clínico, se pode manifestar em todos os distúrbios de ansiedade e, ainda, dada a heterogeneidade da fobia social quanto ao nível de ansiedade experienciada. Acrescentam também, que a ansiedade social pode ser um componente importante da ansiedade-traço, depressão e desconforto emocional geral, pelo que as correlações encontradas por Turner e cols. (1987) não devem ser interpretadas necessariamente como uma evidência de que o SAD e FNE medem o desconforto emocional geral, mais do que a ansiedade social, em particular.

Resultados de estudos realizados com fóbicos sociais (Heimberg, Becker, Goldfinger, & Vermilyea, 1985; Heimberg, *et al.*, 1988; Mattick & Peters, 1988) mostram que o SAD e o FNE são sensíveis às mudanças induzidas pelo tratamento. Contudo, em diversas investigações foram especialmente as mudanças no medo de avaliação negativa (FNE) que se revelaram significativas, constituindo estas um bom preditor da mudança clínica no grau de severidade e de evitamento fóbico, dados estes que reforçam a utilidade do FNE (Hope, & Heimberg, 1988; Mattick, Peters, & Clarke, 1989).

O formato ou estrutura das escalas, SAD e FNE, em termos respostas tipo "verdadeiro-falso" foi também apontado como uma limitação. Segundo Heimberg (1994), um formato deste género restringe logo à partida, a amplitude de variação dos resultados o que torna a mudança mais difícil de observar. Esta é uma possível explicação avançada pelo autor para o facto de as mudanças verificadas no FNE, em diversos estudos, serem tão pequenas.

[196] Capítulo 7

No sentido de ultrapassar este obstáculo, Heimberg considera que uma escala de resposta tipo *Likert* poderia ser mais sensível à mudança (Heimberg, 1994). A versão portuguesa destas duas escalas contempla esta alteração (Pinto Gouveia, *et al.*, 1986). No estudo de aplicação do SAD e FNE à população portuguesa, os resultados referentes à validade empírica foram semelhantes aos de pesquisas conduzidas noutros países (Pinto Gouveia, *et al.*, 1986).

Não obstante as críticas apontadas, o SAD e FNE têm um valor histórico inegável dado o seu largo uso na investigação que permite, inclusivamente, a comparação entre os resultados obtidos em diferentes estudos. Permanece, contudo, a necessidade de mais informação sobre as respectivas características psicométricas. Mais especificamente, a

utilização destes instrumentos com amostras clínicas carece de uma demonstração mais sólida da respectiva validade com este tipo de população.

Escala de Ansiedade Social de Leary

A Escala de Ansiedade Social de Leary (Leary, 1983) é um instrumento desenvolvido para a avaliação da ansiedade social. Partindo do pressuposto de que a ansiedade social está directamente ligada ao meio social e cultural em que o indivíduo vive, esta escala mede, por um lado, a ansiedade de interacção (*Interaction Anxiousness Scale-IAS*) e a ansiedade perante uma audiência (*Audience Anxiousness Scale-AAS*). Para além destes dois tipos específicos de ansiedade social, é possível obter ainda a pontuação de ansiedade social geral. Trata-se duma escala tipo *Likert*, variando a cotação de 1 a 5, em que as pontuações mais elevadas corresponde uma maior ansiedade social (Leary, 1983). Esta escala foi traduzida e utilizada na população portuguesa por Vaz Serra (1985), não estando, contudo, publicados os seus dados psicométricos.

Inventário de Ansiedade e Fobia Social (SPAI)

O Inventário de Ansiedade e Fobia Social (SPAI - *Social Phobia and Anxiety Inventory*; Turner, Beidel, Dancu & Stanley, 1989) é um

[197] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

instrumento de auto-resposta derivado empiricamente e desenvolvido com o objectivo de avaliar cognições, sintomas somáticos, e comportamentos de escape e evitamento que ocorrem em determinadas situações sociais Este questionário inclui duas subescalas: Fobia Social e Agorafobia, com 32 e 13 itens, respectivamente, permitindo, assim, obter resultados relativos a cada uma das subescalas e ainda um resultado total (designado por *Diference score*) que consiste na diferença entre as pontuações das duas subescalas (Turner, Stanley, Beidel & Bond, 1989; Beidel, Turner, Stanley & Dancu, 1989). Um aspecto inovador deste inventário é que permite avaliar as respostas dos sujeitos dadas a algumas das situações sociais que integram a escala, em função do tipo de pessoas inerentes à situação: estranhos, figuras de autoridade, sexo oposto e pessoas em geral. Para assinalar a frequência com que se sentem ansiosos em cada uma das situações, os sujeitos dispõem duma escala tipo *Likert* de 7 pontos (1=nunca; 7=sempre).

O SPAI foi sujeito a uma extensa avaliação das suas características psicométricas (Beidel, Borden, Turner & Jacob, 1989; Beidel, Turner, Stanley & Dancu, 1989; Turner, Beidel, Dancu & Stanley, 1989; Turner, Stanley, Beidel & Bond, 1989). Tem mostrado uma boa consistência interna e estabilidade teste-reteste (Turner, Beidel, *et al.*, 1989). Relativamente à sua validade discriminante, esta escala revelou-se capaz de diferenciar amostras clínicas constituídas por indivíduos com fobia social de amostras não clínicas (Turner, Stanley, *et al.*, 1989) e de outros grupos clínicos de distúrbios de ansiedade (Turner, Beidel, Dancu & Stanley, 1989). Resultados de estudos desenvolvidos por Beidel, Turner e Cooley (1993) indicaram que o SPAI é sensível à intervenção terapêutica, reflectindo consistentemente os progressos terapêuticos no grupo clínico de fobia social.

Para além de investigações realizadas com diversas populações, que incluem amostras de estudantes e amostras clínicas, este inventário tem sido testado também em diferentes grupos etários, existindo mesmo uma versão para crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 15 anos (Beidel, Turner & Morris, 1995; Ver Cunha e Salvador, cap. 12).

Como desvantagem, apontamos o facto do SPAI ser mais longo que a maioria dos questionários de ansiedade social e fobia social, pelo que exige mais tempo no seu preenchimento.

[198] Capítulo 7

A sua pontuação é também complexa e morosa, levantando ainda alguma controvérsia acerca de qual das pontuações da escala (subescala de fobia social ou pontuação total) é a melhor medida da ansiedade social (Beidel & Turner, 1992; Herbert, Bellack & Hope, 1991; Turner, Beidel *et al.*, 1989).

Escala de Ansiedade de Interação Social (SIAS) e Escala de Fobia Social (SPS)

A Escala de Ansiedade de Interação Social (SIAS - *Social Interaction Anxiety Scale*) e a Escala de Fobia Social (SPS - *Social Phobia Scale*) de Mattick e Clarke (1989), assentam basicamente na distinção entre dois tipos de situações vulgarmente receados pelos indivíduos com fobia social. Assim, a SIAS é uma medida da ansiedade nas situações de interação social (por exemplo, falar com uma figura de autoridade, encontrar pessoas numa festa, fazer contacto visual com os outros, etc.) enquanto que a SPS é uma medida da ansiedade em situações que envolvem a observação pelos outros (como, por exemplo, comer ou escrever em público).

Apesar do desenvolvimento e divulgação desta escala ter ocorrido em finais dos anos 80, as suas características psicométricas não foram, na altura, publicadas pelos autores sendo, no entanto, possível encontrar alguns destes dados citados noutras investigações (por exemplo, Heimberg, Mueller, Holt, Hope & Liebowitz, 1992; Mattick & Peters, 1988). Somente em 1998, foi publicado o estudo que descreve o desenvolvimento e validação destas escalas (Mattick & Clarke, 1998).

A investigação sugere que a SIAS e a SPS são medidas fidedignas, apresentando ambas uma boa estabilidade teste-reteste em amostras de doentes com fobia social (Mattick & Clarke, 1998) e de estudantes pré-universitários (Heimberg *et al.*, 1992). Uma elevada consistência interna tem sido igualmente referida para as duas escalas que recorrem a amostras de estudantes, voluntários da comunidade e a amostras clínicas de sujeitos com fobia social, agorafobia e fobia simples (Heimberg *et al.*, 1992; Mattick & Clarke, 1998).

Relativamente à validade da SIAS e da SPS, os estudos mostram que as duas escalas estão altamente correlacionadas entre si (.41) e

[199] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

ambas apresentam correlações elevadas com outros instrumentos de auto-resposta de avaliação da ansiedade social (Heimberg, *et al.*, 1992; Mattick & Clarke, 1998). Tal como seria de esperar, pontuações obtidas com a SIAS estão mais correlacionadas com índices de

ansiedade de interacção social, enquanto que a SPS demonstra uma associação mais elevada com avaliações de desempenho/observação (*ibidem*).

Os resultados obtidos em diversos estudos mostram, ainda, que estes inventários possuem uma excelente validade discriminante permitindo distinguir os fóbicos sociais dos sujeitos da comunidade Heimberg *et al.*, 1992; Mattick & Clarke, 1998), e os indivíduos com fobia social de outros distúrbios de ansiedade (Brown *et al.*, 1997; Mattick & Clarke, 1998). Por outro lado, os indivíduos com ansiedade social generalizada têm consistentemente obtido valores mais elevados na SIAS que os indivíduos com o subtipo não-generalizado (Brown, Heimberg & Juster, 1995; Heimberg, *et al.*, 1992), o que sugere que a SIAS pode ter um papel fundamental na determinação dos subtipos de fobia social (Mennim *et al.*, 1998 in Hart, Jack, Turk & Heimberg, 1999).

Segundo dados apontados por alguns autores (Heimberg *et al.*, 1992; Mattick, Peters & Clarke, 1989) a SIAS e a SPS têm, também, revelado sensibilidade às mudanças provocadas pelo tratamento.

Por último, o recente estudo de Safren *et al.* (1998) mostra, através duma análise factorial exploratória do conjunto de itens da SIAS e da SPS, a existência de 3 factores: 1) ansiedade de interacção, 2) ansiedade de ser observado pelos outros e 3) medo que os sintomas de ansiedade sejam notados pelos outros. O factor de ansiedade de interacção é formado apenas por itens da SIAS, enquanto os outros dois factores são constituídos por itens da SPS. Assim, segundo estes autores, estas duas dimensões relativas à ansiedade de ser observado pelos outros e medo que os outros notem os sintomas de ansiedade devem ser consideradas domínios distintos e não aglutinados, ao contrário do que acontece na maioria das escalas de avaliação da fobia social (Safren, 1998). Com base nos resultados encontrados neste estudo, os autores sugerem que os medos referentes ao facto dos sintomas poderem ser notados pelos outros devem estar melhor representados nos instrumentos de avaliação da ansiedade social, uma vez que estes fazem parte da descrição actual do distúrbio de ansiedade social do

[200] Capítulo 7

DSM-IV (*ibidem*). Outras investigações são necessárias para confirmar os resultados obtidos neste estudo.

Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS)

Esta escala, (LSAS - *Liebowitz Social Anxiety Scale*; Liebowitz de 1987), embora tenha um formato muito semelhante aos questionários tradicionais de auto-resposta, foi desenvolvida inicialmente com o objectivo de ser administrada pelo clínico, no contexto duma entrevista. Actualmente, está a ser investigada a versão auto-resposta desta escala e estudada as suas propriedades psicométricas (Hart, Jack, Turk & Heimberg, 1999).

A Escala de Ansiedade Social de Liebowitz contém 24 itens, 13 dos quais representam situações de desempenho (como por exemplo, comer, beber e escrever, em público), e 11 referem-se a situações de interacção social (como por exemplo, falar com alguém que não se conhece bem, dar uma festa, expressar desacordo). Cada um dos itens é classificado, primeiro em relação ao desconforto e medo sentido (0= Nenhum, 1=Ligeiro,

2=Médio, 3=Severo) e depois, quanto ao evitamento que provoca [0=Nunca (0%), 1=Às vezes (1-33%), 2=Muitas vezes (34-67%), 3=Quase sempre (68-100%)]. Esta escala, para além da classificação de severidade global, permite obter pontuações em 4 subescalas: desconforto e evitamento nas situações de desempenho, e desconforto e evitamento referidos nas situações de interacção social.

A escala tem demonstrado uma boa utilidade clínica (Holt, Heimberg, & Hope, 1992) e validade empírica (Brown, Heimberg & Juster, 1995; Holt, Heimberg, Hope, Liebowitz, 1992). Tem sido utilizada com sucesso na maioria dos estudos que investigam a eficácia terapêutica de psicofármacos na fobia social, bem como em estudos sobre as intervenções cognitivo-comportamentais (Brown, *et al.*, 1995).

A LSAS tem mostrado uma boa consistência interna, apresentando valores para o alfa de Cronbach que oscilam entre .81 e .92 para todas as subescalas (Heimberg *et al.*, 1999). Relativamente à sua validade, a LSAS está correlacionada positivamente com outras medidas de auto-resposta destinadas a avaliar a ansiedade social (Heimberg *et al.*, 1999),

[201] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

embora tenha mostrado uma relação fraca com o SPAI - *Social Phobia and Anxiety Inventory* (Safren, *et al.*, 1999). A subescala referente ao Medo de Interacção Social tem revelado uma correlação mais forte com as pontuações obtidas na SIAS - *Social Interaction Scale*, enquanto a subescala do Medo de Desempenho apresenta valores de correlação mais elevados com as pontuações da SPS - *Social Phobia Scale* (Brown *et al.*, 1997; Heimberg *et al.*, 1992).

Num estudo recente de análise factorial da LSAS, realizado com 382 indivíduos com distúrbio de ansiedade social, o modelo de 2 factores (interacção social e desempenho), subjacente à construção da escala, não foi apoiado (Safren, *et al.*, 1999). Neste estudo, para ambas as subescalas relativas ao medo e evitamento, as análises factoriais realizadas separadamente revelaram quatro factores semelhantes para cada: 1) interacção social; 2) falar em público; 3) ser observado pelos outros; e 4) comer e beber em público. Estes dados sugerem, assim, que existem quatro categorias globais de medo social avaliadas pela LSAS e que, enquanto a ansiedade e evitamento suscitados por situações de interacção social parece ser unifactorial, o medo e evitamento de situações de desempenho/observação pode ser multifactorial (Safren, *et al.*, 1999). Esta conclusão é consistente com os resultados obtidos no estudo de análise factorial da *Social Interaction Scale* e *Social Phobia Scale* de Mattick e Clarke, como já tivemos oportunidade de referir anteriormente.

Escala Breve de Fobia Social de Davidson (BSPS)

A Escala Breve de Fobia Social (BSPS - *Brief Social Phobia Scale*; Davidson, *et al.*, 1991) foi desenvolvida com o objectivo de permitir uma avaliação breve da severidade dos sintomas (11 itens), medir mudanças devidas ao tratamento e detectar diferenças na eficácia terapêutica de diversos tratamentos. A escala consiste em 7 itens tradutores de situações sociais específicas que avaliam o medo e o evitamento que cada uma delas provoca, e 4 itens que avaliam sintomas fisiológicos experienciados nas situações fóbicas. Assim, para além da pontuação total, a escala permite obter pontuações em 3 subescalas

[202] Capítulo 7

referentes ao medo, evitamento e sintomas fisiológicos. Para responder aos itens das três subescalas é utilizada uma escala tipo *Likert* de 0-4.

Segundo os próprios autores, a BSPS deve ser preenchida pelo clínico, embora também possa ser administrada como instrumento de auto-resposta. Até à data não existem dados disponíveis sobre esta versão da BSPS (Ries *et al.*, 1998).

Um pequeno estudo (n=17) desenvolvido por Davidson e cols. (1991) sobre a validação da escala mostrou uma boa estabilidade H teste-reteste (r=.98) e uma consistência interna para a escala total de .86 (alfa de Cronbach). No que diz respeito à validade concorrente, a escala apresenta correlações moderadas a elevadas (na ordem de .60 a .80) com a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS; Liebowitz, 1987) e com outros instrumentos de auto-resposta da fobia social, como, por exemplo, o Questionário de Medos (FQ; Marks & Mathews, 1979), a escala de Medo de Avaliação Negativa (FNE; Watson & Friend, 1969) e o Inventário de Ansiedade e Fobia Social (SPAI; Turner *et al.*, 1989).

O estudo de análise factorial da BSPS, recentemente desenvolvido por Davidson e cols. (1997) não apoiou a estrutura de 3 factores (ansiedade, evitamento e sintomas fisiológicos), inicialmente proposta. Tal como aconteceu com a escala de Liebowitz, a estrutura formada por duas subescalas separadas, de ansiedade e evitamento, não se confirmou. Os autores chegaram a uma solução de 6 factores com alguns itens a saturarem em mais do que um factor.

A pontuação total da BSPS tem revelado ser sensível aos efeitos de tratamentos farmacológicos (Davidson *et al.*, 1993; Davidson *et al.* 1997).

Síntese das escalas de avaliação de ansiedade social

Ao abordamos os instrumentos desenvolvidos especificamente para a fobia social, procurámos, brevemente, apontar as principais características e utilidade de cada um deles. Desta revisão bibliográfica ressalta a ideia de que os diversos questionários, do ponto de vista psicométrico, deveriam ter um maior suporte empírico nomeadamente através de estudos relativos a populações clínicas específicos.

[203] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

A SAD (*Social Avoidance and Distress Scale*) e FNE (*Fear Negative Evaluation Scale*), sobejamente conhecidas e divulgadas, parecem ser medidas fidedignas de ansiedade social avaliativa, mas que não devem ser utilizadas para efeitos de diagnóstico da fobia social, dado fraco poder discriminativo relativamente a outros distúrbios ansiosos.

A Escala de Ansiedade Social de Leary, embora tenha revelado bons resultados, está essencialmente ligada aos estudos sobre o modelo de auto-apresentação desenvolvido pelo autor. Mais investigações seriam recomendáveis para confirmar e alargar a utilidade desta escala.

O SPAI (*Social Phobia and Anxiety Inventory*), embora desenvolvido especificamente para a avaliação da fobia social, não parece ser ideal para diferenciar medos sociais específicos *versus* generalizados, para além de ser moroso e de interpretação complexa. Contudo, parece ser uma boa medida dos resultados do tratamento.

Da informação disponível até à data, a SPS (*Social Phobia Scale*) e a SIAS (*Social Interaction Anxiety Scale*), aparecem como duas escalas promissoras no domínio da avaliação da ansiedade social, com um suporte empírico razoável para a sua precisão e validade, nomeadamente no que toca à validade discriminante. Têm revelado, também, uma boa sensibilidade às mudanças devidas ao tratamento.

A escala de Liebowitz (LSPS) e a escala breve de Davidson (BSPS), ambas desenvolvidas originalmente como escalas administradas pelo clínico, parecem ser duas medidas válidas, fidedignas e de fácil aplicação. Em ambas as escalas a estrutura de duas dimensões separadas, referentes à ansiedade e evitamento, não foi confirmada pelas análises factoriais esperando-se, contudo, novas investigações para a clarificação de tais resultados. Muito utilizadas em estudos de tratamento (nomeadamente a escala de Liebowitz) têm-se revelado sensíveis aos respectivos efeitos e demonstrado ser bons instrumentos, do ponto de vista clínico.

A partir de uma revisão da literatura e experiência clínica na área da fobia social, Pinto Gouveia, Cunha e Salvador (1997) têm vindo

[204] Capítulo 7

a desenvolver um protocolo para a avaliação da ansiedade social, com o objectivo de estudar os diversos componentes deste quadro na população portuguesa. A caracterização deste protocolo e o seu desenvolvimento, bem como a sua utilidade, são alvo duma apresenta de discussão mais detalhada no próximo capítulo deste livro (ver Pinto Gouveia, Cunha e Salvador, cap. 8).

Questionários Gerais de Medos e Ansiedade com Componentes de Ansiedade Social

Ainda no âmbito dos instrumentos de auto-resposta existem outros questionários que, embora mais globais, incluem subescalas relacionadas com a ansiedade social a que se tem recorrido em investigações clínicas (Glass & Arnkoff, 1989; McNeil, Ries & Turk, 1995) Entre os mais utilizados contam-se o *Fear Questionnaire*, o *Fear Survey Schedule*, o *Symptom Checklist -90-R* e a *Self-Consciousness Scale*.

O Questionário de Medos (FQ; *Fear Questionnaire*, Marks & Matthews, 1979), muito usado na avaliação dos distúrbios ansiosos, é uma medida de sintomas fóbicos relacionados com a fobia social, agorafobia e fobia ao sangue. É, assim, constituído por 3 subescalas de 5 itens cada, que avaliam, numa escala de 0 a 8, o grau de evitamento que cada um desses itens provoca. Diversos estudos têm demonstrado a fidedignidade e validade deste questionário em amostras clínicas (Cox *et al.*, 1991, Oei *et al.*, 1991, citados em Cox e Swinson, 1995). Um dos dados mais relevantes que emerge destas pesquisas e a capacidade do FQ para discriminar doentes fóbicos sociais dos agarofóbicos. Apesar da utilidade da subescala da fobia social, incluída na maioria dos estudos sobre o tratamento

deste quadro, o reduzido número de itens (5) que a constituem torna-a pouco informativa, do ponto de vista clínico.

O *Fear Survey Schedule* (FSS; Wolpe & Lang, 1977) é um inventário geral dos medos mais comuns na prática clínica, e que inclui factor referente aos Medos Sociais, constituído por 13 itens, em que o sujeito avalia, numa escala de 5 pontos, o grau de medo associado a cada um deles.

[205] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

O *Symptom Checklist-90-R* (SCL-90-R; Derogatis, 1983), permite obter vários índices de Sintomatologia, entre os quais se encontra o Índice de Sensibilidade Interpessoal, que poderá ser utilizado para a avaliação da ansiedade social.

A Escala de Consciência de Si Próprio (*Self-Consciousness Scale*; Fenigstein Scheir & Buss, 1975) procura avaliar as tendências disposicionais para focar a atenção sobre si mesmo, referida como auto-consciência. Três factores estão representados nesta escala: i) auto-consciência pública - referente a uma consciência geral do eu como objecto social, ii) auto-consciência privada - diz respeito à consciência dos seus próprios pensamentos e sentimentos, e iii) ansiedade social - caracterizada pelo desconforto sentido na presença dos outros. Esta escala tem mostrado possuir uma boa validade empírica e de constructo (Carver & Glass, 1976). Vários estudos têm demonstrado a relação prevista entre a subescala de auto-consciência pública e a ansiedade social (Fenigstein *et al.*, 1975). Hope e Heimberg (1988), num estudo realizado com fóbicos sociais, constataram que a subescala de auto-consciência pública (PSC) estava positivamente correlacionada com várias medidas de ansiedade social e com pensamentos negativos, avaliados tanto pelo SISST (*Social Interaction Self-Statement Test*; Glass *et al.*, 1982) como por listagem de pensamentos; e negativamente correlacionada com as avaliações comportamentais de aptidões sociais feitas por observadores independentes. Este instrumento encontra-se traduzido e adaptado para a população portuguesa por Neto (1986). No seu estudo de aferição, o autor encontrou resultados coerentes com os de investigações anteriores, incidindo sobre amostras não-portuguesas. Assim, o instrumento revelou possuir uma boa estabilidade teste-reteste, sendo útil na avaliação de três factores, evidenciados pela análise factorial: auto-consciência pública, auto-consciência privada e ansiedade social (*ibidem*).

Outros Instrumentos

Tendo em conta uma conceptualização alargada da ansiedade social, é ainda possível encontrar muitos outros instrumentos de

[206] Capítulo 7

auto-resposta que procuram avaliar este fenómeno, o que dificulta a tarefa de ser exaustiva na sua apresentação.

Mais próximo da tradição da Psicologia Social e da Personalidade surgem outros questionários destinados a avaliar a timidez e a ansiedade, entre os quais se incluem o

Stanford Shyness Survey (Zimbardo, 1977), *Social Reticence Scale* (Jones, Briggs, & Smith, 1986) e *Social Anxiety Inventory* (Richardson & Tasto, 1976).

O questionário *Stanford Shyness Survey* (Zimbardo, 1977) é formado por 44 itens que procuram avaliar diversos aspectos da timidez, incluindo as atribuições do sujeito relativamente às causas da sua timidez, situações e indivíduos que provocam sentimentos de timidez, consequências da timidez e respectivos sintomas fisiológicos, cognitivos e comportamentais. Dada a vasta informação que este instrumento recolhe, empregando diferentes formatos de resposta, ele é fundamentalmente utilizado para uma informação descritiva da timidez.

A escala desenvolvida por Jones, Briggs e Smith (1986), *Social Reticence Scale*, é uma medida do desconforto e inibição sentidos na presença de outros. São avaliados diversos componentes da timidez, que incluem a ansiedade, inibição, solidão, distração e isolamento.

O Inventário de Ansiedade Social (*Social Anxiety Inventory*, Richardson & Tasto, 1976), desenvolvido sobre uma amostra de estudantes universitários, é constituído por 100 itens que procuram avaliar o grau de ansiedade, numa escala de 0 a 5, provocado por cada uma das situações sociais representadas pelos itens. Este instrumento permite uma classificação da ansiedade e de aptidões sociais.

Outros questionários têm sido utilizados para avaliar as aptidões sociais ou auto-afirmativas dos sujeitos. Apesar da reconhecida importância da avaliação de competências sociais esta área desperta, ainda, alguma controvérsia. Por outro lado, não é clara nem consistente a relação entre aptidões sociais e fobia social o que, no nosso entender, justifica uma investigação mais aprofundada, relativamente a este tópico. Embora não seja nosso objectivo discuti-lo exaustivamente, citaremos o *Survey of Heterosexual Interactions* (SHI; Twentyman & McFall, 1975), o *Social Performance Survey Schedule* (SPSS; Lowe & Cautela, 1978), o *Rathus Assertive Schedule* (RAS; Rathus, 1973) e o

[207] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

Social Situations Questionnaire (SSQ; Bryant & Trower, 1974) entre os instrumentos mais representativos, neste domínio.

O SHI (*Survey of Heterosexual Interactions*; Twentyman & McFall, 1975) formado por 20 situações, classificáveis numa escala de 7 pontos, procura explorar áreas específicas de interacção com indivíduos do sexo oposto. Este questionário foi aferido numa população de estudantes universitários do sexo masculino. Posteriormente surgiu uma versão paralela para mulheres, o SHI-F desenvolvido por Williams e Ciminero, (1978). Os autores referem boa estabilidade teste-reteste e validade de construto. No entanto, Mariotto e cols., (1979, in Spence, 1986) consideram-na pobre em termos da sua capacidade para discriminar entre aptidões sociais e problemas de ansiedade social.

O SPPP (*Social Performance Survey Schedule*; Lowe & Cautela, 1978) é uma escala de 100 itens que avaliam a frequência de comportamentos sociais positivos e negativos. É especialmente útil numa primeira fase de delineação do tratamento e na selecção de indivíduos para os quais será indicado fazer um treino de aptidões sociais. Lowe (1985) encontrou uma boa fidedignidade e validade convergente e discriminante, relativamente a este questionário.

O RAS (*Rathus Assertive Schedule*; Rathus, 1973) é constituído por 30 itens que procuram medir o grau de auto-afirmação. A este inventário foram apontadas dificuldades de preenchimento, que limitaria a sua utilização a indivíduos com um nível cultural elevado.

No SSQ (*Social Situation Questionnaire*; Bryant & Trower, 1974) constituído por 30 itens representativos de situações sociais, é pedido aos sujeitos que avaliem a frequência com que ocorre cada uma dessas situações, e as dificuldades sentidas em cada uma delas. Para este instrumento, os autores referem uma boa consistência interna.

Finalmente, proveniente de investigações ligadas ao medo e dificuldades de comunicação, surgem outros instrumentos como por exemplo a *Shyness Scale* desenvolvida por McCroskey e o *Personal Report of Communication Apprehension*, de Richmond e McCroskey (1992 in McNeil, *et al.*, 1995). Dadas as relações estreitas entre estes domínios de investigação e a fobia social, cremos fazer sentido a sugestão de Hope, Gansler e Heimberg (1989) no que diz respeito a uma maior

[208] Capítulo 7

troca de informação e ao desenvolvimento de investigações que relacionem os vários construtos.

Para além deste tipo de instrumentos, focados essencialmente sobre os sintomas de ansiedade e fobia social, existem outros que procuram avaliar o grau em que tais problemas são invalidantes para o quotidiano do indivíduo. De facto, doentes com o mesmo tipo e intensidade de sintomas podem ter níveis de invalidação do funcionamento muito diferentes. Schneier e cols. (1994) no seu estudo sobre o grau de invalidação na fobia social, examinam duas novas escalas para descrever aquela variável, servindo-se dum grupo de fóbicos sociais e de um grupo de indivíduos sem qualquer distúrbio psiquiátrico. Trata-se do Perfil de Invalidação (*Disability Profile* - DP) e da Escala de Auto-Classificação da Invalidação de Liebowitz (*Liebowitz Self-Rated Disability Scale* - LRSDS).

O DP (*Disability Profile*) é um instrumento que se destina a ser preenchido pelo clínico e que pretende avaliar a invalidação devida à fobia social, quer no presente, quer no passado. A avaliação é feita em oito domínios: escola, trabalho, família, namoro/casamento, amizades, outros interesses (por exemplo, *hobbies* ou actividades religiosas), actividades do dia-a-dia e comportamentos suicidários. Cada item é classificado numa escala de 0 a 5, separadamente para o presente e para o passado.

A LSRDS (*Liebowitz Self-Rated Disability Scale*), é um instrumento de auto-resposta que acrescenta ao questionário anterior mais 3 áreas relativas ao abuso de substâncias, abuso de álcool e alterações do humor. À semelhança do anterior, cada um dos 11 itens é avaliado separadamente em dois momentos, presente e passado, embora aqui a escala varie entre 0 e 3.

Os resultados mostraram uma boa consistência interna das duas escalas, e provaram a sua sensibilidade na avaliação da invalidação associada à fobia social e não derivada de níveis normais de ansiedade social e evitamento, em pessoas com e sem outro distúrbio psiquiátrico (*ibidem*).

Medidas de Avaliação do Comportamento Motor

A observação e medição sistemática do comportamento expresso é, segundo Glass e Arnkoff (1989) um requisito fundamental para uma avaliação compreensiva das dificuldades sociais do indivíduo. Tempo de permanência numa situação social ameaçadora, grau de contacto visual estabelecido com uma audiência durante um discurso, número de pausas numa conversação ou aptidões sociais mais globais, são exemplos de comportamentos a ser avaliados. Scholing e Emmelkam (1990) reconhecem a utilidade destes métodos, embora sublinhem as restrições que colocam e os cuidados que requerem, devido a questões de ordem metodológica. Na prática clínica, a avaliação de comportamentos motores expressos é frequentemente baseada nos testemunhos orais e retrospectivos dos doentes, nos registos de auto-monitorização e, ainda, na simulação de situações sociais, que envolve a dramatização de papeis (*role-play*).

Auto-Monitorização

A auto-monitorização ou a auto-observação consiste num registo que o cliente faz de comportamentos específicos, emitidos em situações que provocam ansiedade. Trata-se, assim, dum procedimento que permite uma avaliação única das interacções da vida real, o que é particularmente importante na clarificação da natureza do problema e na exploração de factores causais. Auto-registos, folhas de registo diário e diários são os formatos mais frequentes que a auto-monitorização pode tomar.

Para além dos formatos padronizados, os registos podem ser conceptualizados individualmente, estabelecendo o terapeuta os parâmetros que acha relevantes para uma avaliação detalhada das dificuldades interpessoais do sujeito em questão. A frequência e duração dos contactos sociais, o número e tipo de interacções sociais, a auto-avaliação do nível de ansiedade e do desempenho social, os sintomas fisiológicos, os comportamentos de segurança utilizados, os sentimentos e pensamentos que ocorrem durante a situação, constituem outros parâmetros que são habitualmente auto-monitorizados.

[210] Capítulo 7

A auto-monitorização permite obter informação que pode ser usada para avaliar: i) os estímulos ou situações que provocam ansiedade; ii) a eficácia obtida com determinados procedimentos de intervenção; iii) a manutenção e generalização das competências aprendidas.

Não obstante este procedimento ser extremamente útil, por eliminar muitos dos problemas associados à recordação retrospectiva, inerente à maioria dos questionários de auto-resposta e entrevistas de avaliação, implica, contudo, algumas precauções na sua implementação clínica. A frequência e o momento exacto em que deve ser realizado o registo, e as mudanças no comportamento como consequência da auto-monitorização (reactividade), são alguns dos aspectos importantes a ter em conta, neste contexto (Becker & Heimberg, 1988; McNeill, Ries, & Turk, 1995; Pinto Gouveia, 1986a).

Observação Directa

Uma vez que os procedimentos de auto-monitorização estão sujeitos a problemas de reactividade, exactidão de recordação e consciência do comportamento, é frequente recorrer à representação comportamental (*role-play*) de situações interpessoais reais, geradoras de ansiedade, a qual permite avaliar o comportamento actual do sujeito numa forma tão realista quanto possível.

A representação de cenários sociais é directamente observada e gravada em áudio ou vídeo e classificada, retrospectivamente, segundo uma variedade de componentes verbais (como, por exemplo, duração e latência do discurso, tom de voz e entoação) e não-verbais (como, por exemplo, gestos expressivos, contacto visual, sorrisos) considerados como requisitos para uma comunicação interpessoal eficaz. Exemplos de temas de representação comportamental para a fobia social incluem, entre outros, fazer amigos novos, fazer um discurso em frente a um grupo e manter conversas com os outros.

O Teste de Interações em Situações Sociais (*Social Situations Interaction Test - SSIT*; Mersch, Emmelkam, Bogels, & Van Der Sleen, 1989), constituído por oito interações sociais breves, é um dos métodos de *role-play* mais estruturados e avaliados.

[211] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

Os Testes de Avaliação Comportamental (BAT; *Behavioral Assessment Tests*) são estratégias semelhantes aos instrumentos padronizados de *role-play*, que consistem em colocar os indivíduos em situações geradoras de ansiedade, num ambiente devidamente controlado. Iniciar uma conversa com um desconhecido do mesmo sexo ou do sexo oposto, conversar com duas ou mais pessoas, ou fazer um pequeno discurso em público, são exemplos de situações padronizadas utilizadas nas investigações de ansiedade social (Hart, Jack, Turk & Heimberg, 1999; McNeil *et al.*, 1995). Muitas vezes, na fobia social, a padronização destes testes torna-se difícil devido ao carácter idiossincrático das preocupações do doente. Os Testes de Avaliação Comportamental permitem, em primeira mão, observar a qualidade do desempenho social, a visibilidade dos sintomas de ansiedade, comportamentos de evitamento (traduzidos, por exemplo, pela recusa a entrar na situação) e comportamentos de escape (por exemplo, através do abandono prematuro da situação).

Estudos que procuraram comparar a qualidade do desempenho social entre indivíduos com ansiedade social alta e baixa têm obtido resultados discrepantes (Rapee & Lim, 1992; Sopa & Clark, 1993; Turner, Beidel, Dancu & Keys, 1986). Contudo, quer a qualidade do desempenho social dos sujeitos com ansiedade social seja ou não inferior, na avaliação realizada por estes testes, tem sido consistentemente demonstrado que estes indivíduos avaliam as suas competências sociais mais negativamente do que observadores objectivos (Rapee & Lim, 1992; Sopa & Clark, 1993). Da mesma forma têm, também, tendência a sobrestimar a visibilidade que os seus sintomas de ansiedade têm para os outros (Alden & Wallace, 1995). Neste sentido, os testes de avaliação comportamental podem esclarecer se as descrições que os indivíduos com ansiedade social fazem acerca do seu comportamento e ansiedade correspondem à realidade, ou se constituem, antes, uma demonstração de processamentos cognitivos distorcidos.

Glass e Arnkoff (1989), ao fazerem uma revisão da literatura sobre a observação comportamental da fobia social, identificaram cinco aspectos fundamentais relacionados com este tipo de avaliação: i) natureza da situação ou interacção; ii) tipo de dramatização comportamental utilizada; iii) identidade da pessoa ou audiência escolhida

[212] Capítulo 7

para a interacção; iv) avaliador para a observação e codificação; e v) escolha do comportamento a ser observado. Este último ponto reveste-se de importância fundamental no caso das investigações da ansiedade social e fobia social, já que a relação entre ansiedade social/fobia social e aptidões sociais é complexa. Da vasta literatura existente sobre a conceptualização, avaliação e tratamento de défices de aptidões sociais ressalta o facto de estas investigações se terem desenvolvido um pouco à margem da pesquisa em torno da ansiedade social. Se, por um lado, existe uma sobreposição entre estes dois construtos, por outro, eles são também independentes, o que é ilustrado pelo facto de muitos indivíduos com ansiedade social elevada terem excelentes aptidões sociais, enquanto que outros exibem défices de aptidões ou um repertório fraco de competências sociais, sem que por isso experienciem qualquer ansiedade social.

Tanto nos *role-plays* como nos testes comportamentais, as classificações globais das aptidões e da ansiedade podem ser feitas quer pelos próprios doentes, pelos seus interlocutores numa interacção, quer, ainda, por observadores externos a essa interacção. A investigação tem mostrado ser útil obter classificações a partir destas três fontes, já que podem surgir discrepâncias entre a auto-avaliação e as classificações dos observadores externos (Clark & Arkowitz, 1975 in Heimberg *et al.*, 1987; Chambless & Hope, 1996; Stopa & Clark, 1993; Rapee & Lim, 1992).

Durante uma situação de *role-play* ou um teste comportamental é relativamente fácil observar e registar uma unidade de comportamento, mas isto resulta obviamente numa grande perda de informação relativamente a outros comportamentos e às respostas dos outros. Para ultrapassar estas limitações são construídos complexos sistemas de codificação.

Neste âmbito, vários tipos de classificações são possíveis, nas medidas comportamentais, variando desde formas muito globais a outras muito específicas. Com as medidas globais, também chamadas macro-medidas, a classificação é dada a várias dimensões do comportamento do sujeito, sendo o mais frequente avaliar as aptidões sociais e o desconforto observável ou ansiedade em escalas semi-contínuas. Com o uso de medidas específicas (ou micro-medidas), tenta

[213] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

medir-se um número de componentes específicos do comportamento, usando uma medida de frequência ou de duração.

Resumindo, a observação directa é um método importante para uma avaliação mais precisa das dificuldades apresentadas pelo doente. Seria importante levar a cabo observações directas no ambiente natural do indivíduo, mas este processo exigiria

demasiado tempo. Não obstante apresentarem algumas limitações, os *role-plays* e os testes comportamentais são frequentemente utilizados para obviar a dificuldade.

Medidas de Avaliação Fisiológica

A mediação de processos fisiológicos surge como um domínio importante na avaliação comportamental da fobia social. Possíveis diferenças psicofisiológicas (Hofmann, Newman, Ehlers & Roth, 1995) e psicobiológicas (Tancer, 1994) entre os fóbicos sociais e outros distúrbios psicológicos, entre fóbicos sociais e indivíduos da população geral (controlos normais), e entre os subtipos da fobia social, têm sido alvo de interesse. Contudo, apesar de haver alguns estudos que sugerem que certas respostas fisiológicas podem diferenciar a fobia social de outros distúrbios (Rapee *et al.*, 1992), não existem, até à data, resultados conclusivos sobre a possível existência de marcadores biológicos específicos da fobia social (Tancer, 1994).

A análise da literatura disponível revela que tem sido dada pouca atenção à avaliação psicofisiológica do fóbico social no seu ambiente natural. Por outras palavras, não existe muita informação acerca das linhas de base dos níveis psicofisiológicos dos fóbicos sociais em situações não ansiogénicas, já que a maior parte das investigações se tem centrado sobre a resposta a um determinado tipo de estimulação como, por exemplo, a apresentação duma ameaça biológica (Rapee *et al.*, 1992), ou duma ameaça social (Heimberg *et al.*, 1990a). O estudo desenvolvido por Heimberg e cols. (1990a) ilustra a interacção que poderá existir entre aspectos psicofisiológicos e comportamentais. Estes autores submetem fóbicos sociais a provas de desempenho de papéis socialmente ameaçadores e avaliaram medidas fisiológicas (resposta cardíaca), antes, durante e depois dessa situação.

[214] Capítulo 7

Os resultados revelaram que os indivíduos com o subtipo específico de fobia social apresentam uma maior ansiedade antecipatória e um maior aumento da frequência cardíaca em resposta a testes de desempenho comportamental (Heimberg *et al.*, 1990).

Vários tipos de medidas fisiológicas e/ou biológicas podem ser seleccionadas para a investigação de possíveis diferenças entre os grupos clínicos e grupos da população geral. A actividade electrodérmica (que inclui a resposta galvânica da pele), actividades respiratórias, índices neuroendócrinos (relativos, por exemplo à epinefrina, norepinefrina e cortisol) constituem alguns exemplos de aspectos a avaliar. A maior parte da investigação psicofisiológica na ansiedade social tem recaído sobre avaliações do Sistema Nervoso Autónomo (SNA), nomeadamente a alteração de índices cardiovasculares, como o batimento cardíaco e a tensão arterial, em situações sociais. A resposta do batimento cardíaco, por exemplo, mostrou distinguir entre si os subtipos da fobia social (Heimberg *et al.*, 1990a), assim como entre estes subtipos e controlos normais (Hofmann *et al.*, 1995).

Apesar das dificuldades conceptuais e técnicas que a investigação psicofisiológica levanta, concordamos com a opinião de McNeill, Ries e Turk (1995) de que a medição das respostas psicofisiológicas representa um componente imprescindível da avaliação comportamental da fobia social.

Medidas de Avaliação Cognitiva

Uma conceptualização compreensiva da fobia social deve necessariamente integrar uma avaliação dos aspectos cognitivos, já que, como tem sido apontado por diversos modelos, estes têm um papel crucial no desenvolvimento e manutenção deste distúrbio (Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Buss, 1980; Clark & Wells, 1995; Leary, & Kowalski, 1995). O medo de avaliação negativa aparece como um construto cognitivo essencial da fobia social. Associado a este medo do escrutínio dos outros, os fóbicos sociais receiam fazer qualquer coisa que os possa humilhar ou embaraçar. Desta forma, frequentemente, o fóbico social, uma vez na presença de outros, acredita que o

[215] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

seu desempenho é inadequado e sente que está a ser julgado ou criticado. Também o modo como ele avalia as próprias situações sociais, vendo-as como potencialmente ameaçadoras e desenvolvendo expectativas de fracasso relativamente à mesmas, poderá contribuir para o comportamento de evitamento ou fuga dessas situações, tão frequente na fobia social. Processos disfuncionais de atenção auto-focada e de enviesamentos de memória podem, muitas vezes, interferir na interpretação dos sinais sociais e no próprio desempenho social. A forma como o indivíduo se constrói a si próprio e aos outros poderá igualmente desempenhar um papel importante neste distúrbio. Estes são, entre outros, exemplos de aspectos cognitivos relevantes que devem ser tidos em conta na avaliação e tratamento da fobia social.

A ênfase dada ao papel da cognição na ansiedade social e outras formas de psicopatologia tem levado ao desenvolvimento de procedimentos de quantificação dos construtos cognitivos subjacentes. No domínio da avaliação cognitiva podemos distinguir diversos tipos de instrumentos, que vão desde os auto-relatos, até variadas estratégias para avaliar as auto-verbalizações, crenças irracionais, atribuições, esquemas, expectativas e atenção auto-focada. Outros procedimentos, que procuram avaliar representações de estruturas mais "profundas", têm vindo a revelar-se bastante promissores no campo da avaliação e tratamento da fobia social. Porém, neste capítulo centraremos a nossa atenção no primeiro aspecto, dado que outro capítulo deste livro (ver Salvador, cap. 9) abordará exclusivamente os procedimentos baseados no paradigma de processamento de informação.

Auto-verbalizações

O diálogo interno tem sido o foco privilegiado da investigação sobre ansiedade e fobia social. Este representa o que Ingram e Kendall designam por conteúdo cognitivo, na sua taxonomia sobre a cognição, e o que os modelos clínicos cognitivos designam por pensamentos automáticos (Beck *et al.*, 1979), ou crenças irracionais (Ellis, 1962), ou, ainda, auto-verbalizações (Meichenbaum, 1977). A sua avaliação é clinicamente importante, uma vez que aparecem como um

[216] Capítulo 7

objectivo fundamental das intervenções cognitivas e são, frequentemente, usadas como medidas cognitivas nos estudos de psicopatologia e psicoterapia. Por outro lado, este tipo de avaliação está estritamente relacionada com a avaliação de outros construtos, uma vez as auto-verbalizações podem ser auto-relatos de crenças, atribuições causais, expectativas, etc.. Acresce que estes variados instrumentos, ao examinarem os conteúdos cognitivos, fornecem igualmente informações relevantes para colocar hipóteses acerca dos processos e estruturas cognitivas (Kendall *et al.*, 1987).

Três das formas mais utilizadas para avaliar as auto-verbalizações são: i) registo de pensamentos automáticos ou auto-verbalizações, nos seus diversos formatos; ii) análise das auto-verbalizações emitidas em situações de interacção, através de "listagens de pensamentos" ou de "reconstrução de pensamentos" com ou sem ajuda de video-gravador; iii) inventários ou questionários estruturados de auto-verbalizações.

Relativamente ao registo de auto-verbalizações podemos apontar o Registo Diário de Pensamentos Automáticos, desenvolvido por Beck e Emery (1985), como um dos métodos de auto-monitorização mais utilizados na investigação dos aspectos cognitivos. Neste procedimento, o sujeito descreve cada situação que desencadeou ansiedade, lista os pensamentos automáticos que teve e reavalia as evidências que possui para esses pensamentos. Outro tipo de registos ou diários poderão ser desenvolvidos especificamente para cada sujeito de acordo com as suas características individuais e em função do tipo de dificuldades do sujeito e dos aspectos que o terapeuta considera relevantes.

A listagem de pensamentos consiste num procedimento em que é pedido aos sujeitos que escrevam, num período de tempo limitado, os pensamentos que se lembram terem tido numa determinada situação. Estes pensamentos são depois analisados e classificados consoante a frequência, o conteúdo ou a valência (positiva, negativa ou neutra). Heimberg e cols., (1990a; 1990b; Nyman & Heimberg 1985, in Martzke *et al.*, 1987) têm levado a cabo vários estudos em que empregam a listagem de pensamentos com fóbicos sociais. Por exemplo, Nyman e Heimberg (1985, in Martzke *et al.*, 1987) verificam que a listagem de

[217] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

pensamentos negativos diferencia os fóbicos sociais de controlos normais, mas não de estudantes universitários ansiosos. Um outro estudo conduzido por Heimberg e cols. (1990a), demonstrou que os fóbicos sociais com o subtipo generalizado têm uma percentagem menor de pensamentos positivos que os doentes com uma fobia social específica de falar em público. Também Heimberg e cols. (1990b) verificam que a listagem de pontuações, quer de pensamentos positivos, quer de pensamentos negativos, se altera em função das mudanças decorrentes do tratamento. Várias pesquisas, com fóbicos sociais, têm chegado a resultados discordantes relativamente à validade concorrente, nomeadamente no que toca a comparações com outros métodos de avaliação de auto-verbalizações.

A reconstrução com base em gravações vídeo é um procedimento desenvolvido para ultrapassar o problema da recordação incompleta. Neste, os indivíduos são filmados enquanto estão envolvidos numa tarefa, em *role-play* ou na situação real, tentando depois reconstruir os pensamentos que lhe ocorreram durante o desempenho dessa tarefa, ao rever

a gravação de vídeo. Os pensamentos relatados são depois analisados da mesma forma que a listagem de pensamentos.

Finalmente, o emprego de questionários de auto-resposta constitui outra forma de avaliar as auto-verbalizações. Entre estes conta-se o SISST - Inventário de Auto-Verbalizações em Interações Sociais (Glass e al., 1982), como um dos mais divulgados, dada a sua facilidade de utilização.

O Inventário de Auto-Verbalizações em Interações Sociais (*Social Interaction Self-Statement Test* - SISST; Glass *et al.*, 1982) destina-se a avaliar as auto-verbalizações em situações heterossociais. É composto por 15 auto-verbalizações positivas e 15 auto-verbalizações negativas acerca da interação heterossocial, originando, assim, duas subescalas, uma facilitadora e outra inibidora da interação (Arnkoff, & Glass 1989; Glass, & Arnkoff, 1994; Pinto Gouveia *et al.*, 1986). Tem sido utilizado, com frequência, em diversos estudos para medir as auto-verbalizações emitidas pelos indivíduos com ansiedade social (Dodge, Hope et al., 1988; Glass & Furlong, 1990; Glass, *et al.*, 1982). Turner, Beidel e Larkin (1986) verificaram que as pontuações relativas aos pensamentos negativos do SISST, obtidas por indivíduos com ansiedade

[218] Capítulo 7

social e fobia social diferiam, de acordo com as situações (por exemplo, interação com uma pessoa do mesmo sexo, do sexo oposto, fazer um discurso, etc.), revelando, assim, uma especificidade situacional na avaliação. O SISST tem mostrado consistentemente discriminar os sujeitos com e sem ansiedade social, embora as pontuações dos indivíduos com fobia social não difiram significativamente dos resultados obtidos por estudantes universitários com ansiedade social (Arnkoff & Glass, 1989; Beidel, Turner & Dancu, 1985; Glass *et al.*, 1982). Da análise deste inventário de auto-resposta tem-se destacado uma adequada validade concorrente, revelando as pontuações negativas do SISST um maior poder preditivo na identificação de fobias sociais do que as pontuações positivas (Arnkoff & Glass, 1989; Dodge *et al.*, 1988; Glass & Furlong, 1990). Juntamente com o SAD e FNE, esta escala foi traduzida e aplicada a amostras portuguesas, tendo-se encontrado dados semelhantes aos relativos aos estudos americanos, nomeadamente no que diz respeito à sua validação empírica (Pinto Gouveia, *et al.*, 1986). No campo da avaliação cognitiva o SISST é uma das escalas mais utilizadas, revelando boas características psicométricas. Porém apenas inclui situações heterossociais, o que circunscreve o estudo das auto-verbalizações somente a esse tipo de situações.

Crenças irracionais

Para a avaliação de crenças irracionais existem dois instrumentos: o Teste de Crenças Irracionais (IBT; Jones, 1969) e o Inventário de Comportamentos Racionais (RBI; Rational Behavior Inventory; Shorkey, Reyes & Whiteman, 1977). Ambos os questionários são baseados na Teoria Racional Emotiva de Ellis (1962) e destinam-se à avaliação de crenças irracionais que se julgam estarem associadas à psicopatologia. Nenhum destes instrumentos foi especificamente concebido para a avaliação da fobia social, mostrando

alguns estudos resultados contraditórios quanto à sua utilidade nesta área (Arnkoff, & Glass, 1989; Elting & Hope, 1995).

O Teste de Crenças Irracionais (IBT - *Irrational Beliefs Test*; Jones, 1969) é um inventário de auto-resposta formado por 100 itens, que

[219] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

procuram identificar 10 crenças irracionais descritas por Ellis. Assim, ao preencher este questionário o sujeito tem de indicar o grau em que possui determinada crença, numa escala de 0 a 5. É possível obter uma pontuação total e pontuações para cada uma das 10 subescalas. Jones (1969, in Martzke *et al.*, 1987) obteve valores elevados de estabilidade teste-reteste, consistência interna e validade concorrente para este teste. Por outro lado, dois estudos citados por Martzke (1987) verificaram que o IBT diferenciava entre sujeitos com e sem ansiedade social, embora Glass e cols. (1982) não tenham confirmado esses resultados. Também em estudos que recorreram ao IBT para avaliar os efeitos do tratamento, foram encontrados resultados discrepantes. Assim, enquanto que Emmelkamp e cols. (1988), Mattick e Peters (1988) e Mattick, Peters e Clarke, (1989), por exemplo, observaram mudanças no pós-tratamento, o mesmo não aconteceu no estudo de Heimberg e cols. (1985), embora tivessem ocorrido mudanças na maioria de outras medidas. Concluindo, o IBT tem mostrado resultados contraditórios na investigação da ansiedade, o que poderá ser devido ao facto de medir uma tendência geral para a irracionalidade, mais do que crenças específicas acerca da interacção social.

Duma forma semelhante, o Inventário de Comportamentos Racionais (RBI; *Rational Behavior Inventory*, Shorkey *et al.*, 1977), é formado por 70 itens que procuram avaliar 11 aspectos do comportamento racional. Contudo, o estudo de Himle e cols. (1982) sugere que apenas sete factores estão representados neste inventário. Até à data, nenhuma outra pesquisa demonstrou se os sete factores das duas medidas de avaliação de crenças (IBT e RBI) representam ou não os mesmos sete construtos.

Atribuições

O Questionário de Estilo Atribucional (ASQ - *Attributional Style Questionnaire*; Peterson *et al.*, 1982) é o mais utilizado para a avaliação do estilo atribucional incidindo sobre 3 dimensões de atribuições causais: internalidade, globalidade e estabilidade. Na investigação da Fobia Social, os estudos mostraram que os indivíduos com ansiedade

[220] Capítulo 7

social alta diferem, no estilo atribucional, dos indivíduos com ansiedade social baixa (Alden, 1987, Anderson & Arnoult, 1985). Heimberg e cols. (1985) e Wlazlo e cols. (1990) verificaram que os fóbicos sociais que tinham feito terapia Cognitivo-comportamental mostravam mudanças significativas na internalidade e estabilidade. Independentemente dos distúrbios abordados em estudos específicos, a maioria indica que os indivíduos cujo estilo atribucional favorece explicações causais internas, globais e/ou estáveis dos acontecimentos negativos são mais vulneráveis ao sofrimento emocional. Mais investigações seriam

necessárias para clarificar o papel de estilos atribucionais específicos na fobia social (Elting & Hope, 1995).

Locus de controlo

A avaliação do locus de controlo habitualmente medida pela Escala de Locus de Controlo de Levenson (LOCS - *Levenson Locus of Control Scale*; Levenson, 1973), é baseada na teoria de Rotter (1966) que postula que as pessoas que acreditam que as contingências estão relacionadas com o seu próprio comportamento (locus de controlo interno) são menos vulneráveis ao sofrimento emocional, do que as pessoas que acreditam que as contingências são controladas pelo destino, sorte ou por outros considerados como poderosos (locus de controlo externo). Esta escala contém uma subescala para a Internalidade e duas subescalas para a Externalidade: Outros Poderosos (as contingências são controladas por pessoas vistas como poderosas) e Sorte (as contingências são o resultado de factores de sorte ou acaso). Cloitre, Heimberg, Liebowitz e Gitow (1992) utilizaram o LOCS para investigar as percepções de controlo nos indivíduos com fobia social e distúrbio de pânico. Como seria de esperar, os fóbicos sociais atingiram pontuações significativamente mais elevadas na subescala Outros Poderosos da dimensão Externalidade do que os indivíduos com distúrbio de pânico ou controlos normais, não diferindo estes dois últimos grupos entre si. Contudo, apesar destes resultados, é difícil de determinar se o LOCS avalia verdadeiramente um aspecto importante da fobia social (Elting & Hope, 1995).

[221] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

Expectativas

As expectativas desempenham um papel central em diversas formulações teóricas da ansiedade social e da fobia social (Clark & Wells, 1995; Leary & Kowalski, 1995; Trower & Gilbert, 1989). Não obstante, uma revisão da literatura nesta área põe em evidência uma enorme escassez de investigações empíricas sobre as expectativas dos fóbicos sociais.

O Questionário de Auto-Eficácia para Aptidões Sociais (SEQSS - *Self-Efficacy Questionnaire for Social Skills*; Moe & Zeiss, 1982) e o Inventário de Expectativas Situacionais (SEI - *Situational Expectancies Inventory*; Gormally, Sipps, Raphael, Edwin & Varvil-Weld, 1981) são os dois instrumentos mais citados na avaliação de expectativas.

No primeiro, é pedido aos sujeitos que classifiquem as suas expectativas consoante se conseguem comportar de 12 maneiras consideradas com uma valência positiva (por exemplo, assertivo, humorístico, caloroso, etc.) em cada uma de 12 situações.

No segundo, os sujeitos avaliam o risco esperado em situações heterossociais. Verificou-se que este questionário discriminava entre indivíduos com ansiedade alta em encontros e indivíduos com ansiedade baixa nas mesmas situações. Num outro estudo, Gormally e cols., (1981) verificaram que esta medida era sensível a mudanças devidas ao tratamento. Porém, dado que estes questionários foram pouco utilizados até à data, é de

sublinhar a necessidade de mais estudos para determinar a sua eficácia em amostras clínicas.

Recentemente, Pinto Gouveia desenvolveu o Inventário de Cognações Interpessoais (ICI; Pinto Gouveia, (em preparação)) que procura avaliar as expectativas e crenças básicas acerca dos outros, que poderão influenciar o comportamento do indivíduo na interacção social. No seu estudo preliminar, este questionário mostrou uma boa fidelidade e validade concorrente, podendo revelar-se um instrumento útil na avaliação cognitiva da fobia social (Pinto Gouveia, Cunha & Salvador, 1997).

[222] Capítulo 7

Auto-esquemas

Higgins (1987) defendeu que as discrepâncias entre as várias representações que o indivíduo tem de si estão associadas a tipos específicos de sofrimento emocional. É defendido que existem diferentes representações do eu baseadas em perspectivas internas (a do próprio) e externas (a do outro). Com base nesta teoria conhecida como "teoria das auto-discrepâncias" foi desenvolvido o Questionário dos Eus (*Selves Questionnaire*; Higgins, Klein, & Strauman, 1985) que quantifica os seis auto-estados (actual - próprio, actual - outro, ideal - próprio, ideal - outro, devido - próprio, devido - outro). Consistente com as predições da teoria da auto-discrepância, um estudo de Strauman (1989) revelou que, nos fóbicos sociais, existe uma discrepância entre a forma como eles se vêm actualmente e aquilo que acreditam que os outros significativos pensam que eles deveriam ser. Esta discrepância é congruente com o medo da avaliação negativa característico dos fóbicos sociais. Neste sentido, o Questionário dos Eus parece ser útil na avaliação de proposições cognitivas associadas à fobia social, embora seja necessário generalizar os resultados encontrados.

Também no âmbito da avaliação de esquemas, com base em desenvolvimentos recentes da terapia cognitiva, surgem o Questionário de Esquemas de J. Young e o Questionário de Esquemas Interpessoais de J. Safran. Estes dois instrumentos encontram-se traduzidos e aferidos para a população portuguesa (respectivamente, por Pinto Gouveia, Robalo, Cunha & Fonseca, 1997; e por Pinto Gouveia, Cunha & Robalo, 1997).

O Questionário de Esquemas (SQ - *Schemes Questionnaire*; Young, 1990), formado por 123 itens, procura avaliar 16 esquemas precoces mal-adaptativos de acordo com o expresso por Young, na Terapia Focada nos Esquemas (Young, 1990). Segundo o autor, os esquemas precoces mal-adaptativos representam suposições incondicionais acerca de si mesmo e dos outros, que orientam o processamento informação ambiental de uma forma disfuncional. É suposto que, quanto mais severa for a patologia, maior será a disfuncionalidade destes esquemas precoces. No caso da ansiedade social, o es desenvolvido por Cunha (1996), numa amostra da população geral,

[223] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

estarem as dimensões de evitamento social e medo de avaliação negativa associadas a esquemas precoces mal-adaptativos diferentes. Os resultados revelam, também, que os

indivíduos com ansiedade social alta se distinguem significativamente dos indivíduos com ansiedade social média e baixa, por obterem pontuações mais elevadas em vários esquemas disfuncionais (como, por exemplo, Isolamento Social, Incompetência Social, Defeito, Dependência, Desconfiança/Abuso, Indesejabilidade Social) sugerindo, pois, a existência de diferentes vias que podem conduzir à ansiedade social.

Com base na perspectiva cognitiva interpessoal, Safran e cols. (1988) desenvolveram o Questionário de Esquemas Interpessoais (ISQ- *Interpersonal Schema Questionnaire*; Safran, Hill & Ford, 1988) para avaliar as expectativas dos sujeitos acerca de possíveis respostas interpessoais dos outros aos seus comportamentos. Segundo esta perspectiva, os distúrbios emocionais encontram-se frequentemente associados a esquemas interpessoais disfuncionais que levam à utilização de estratégias interpessoais inadequadas as quais, por sua vez, dificultam, em vez de facilitar, a ligação aos outros (Safran *et al.*, 1990). Cunha (1996), no seu estudo realizado com uma amostra da população geral, procurou avaliar a existência de diferenças a nível dos esquemas interpessoais nos indivíduos com ansiedade social alta e baixa. Os resultados revelam que os indivíduos com ansiedade social alta esperam menos respostas afiliativas por parte dos outros, e avaliam as respostas esperadas dos outros como menos desejáveis que os indivíduos com ansiedade social baixa. Apesar do contributo importante destes dois construtos para a compreensão do desenvolvimento e manutenção da ansiedade social, futuras investigações com amostras clínicas serão necessárias para confirmar e generalizar os dados.

Em **síntese**, verificamos que uma ampla investigação no domínio cognitivo tem dado um contributo importante para a clarificação desta área e, conseqüentemente para a prática clínica. No caso da fobia social, começam a surgir resultados que, apesar de requererem confirmação através de investigações mais alargadas, sugerem a relevância de certos aspectos para a compreensão e tratamento deste distúrbio.

[224] Capítulo 7

Não obstante a utilidade e importância dos questionários de auto-resposta mencionados, estes têm sido criticados por mostrarem simplesmente, que a fobia social tem correlatos cognitivos: os indivíduos fóbicos sociais têm pensamentos ansiosos e estão predispostos a admitir esses pensamentos acerca de si mesmos. Neste sentido, têm sido desenvolvidas outras metodologias mais adequadas e produtivas para estudar o auto-esquema na ansiedade e fobia social. Estas metodologias, baseadas na utilização de paradigmas de processamento de informação que permitem estudar a forma como o indivíduo organiza e filtra a informação ambiental em função das suas estruturas cognitivas subjacentes, será o tema desenvolvido no capítulo 9 deste livro.

Conclusão

Dada a complexidade e heterogeneidade das manifestações de ansiedade social e fobia social, toma-se imprescindível uma avaliação multimodal, baseada em diversas metodologias e estratégias, que permitam uma conceptualização compreensiva e uma intervenção terapêutica adequada neste quadro clínico.

Mais do que discutir limitações e questões metodológicas inerentes à utilização de determinados procedimentos de avaliação, procurámos, essencialmente, neste capítulo, alertar para as diversas estratégias disponíveis na avaliação da fobia social, sua especificidade e relevância.

A entrevista clínica aparece como um instrumento de avaliação indispensável ao permitir uma recolha de informação detalhada e compreensiva das dificuldades do sujeito. Um clima de confiança, não-avaliativo e disponibilidade são algumas das condições essenciais no processo da entrevista com os fóbicos sociais, uma vez que estes indivíduos apresentam, frequentemente, dificuldades de relacionamento, medo intenso de avaliação negativa e auto-estima pobre. Foram apresentados os tópicos que, na nossa opinião, são relevantes para uma compreensão dos pensamentos, sentimentos e comportamentos mais salientes do sujeito.

[225] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

Uma abordagem do contexto desenvolvimental dos problemas apresentados e uma análise cuidadosa de situações comórbidas, que possam estar a mascarar ou a agravar o quadro clínico, são também aspectos essenciais deste processo de avaliação compreensiva.

Para além da entrevista clínica, é possível recorrer a instrumentos padronizados de avaliação que incluem entrevistas clínicas estruturadas e questionários de auto-resposta que podem variar quanto à sua especificidade. Este tipo de instrumentos, para além de informação adicional acerca de aspectos idiossincráticos das dificuldades dos sujeitos, permite a obtenção de medidas objectivas muito utilizadas em estudos de comparação e na avaliação das intervenções terapêuticas. Neste campo, procurámos fazer uma revisão dos numerosos instrumentos existentes, realçando a especificidade, vantagens e desvantagens daqueles que mais se têm evidenciado. Ficou claro que, apesar do desenvolvimento metodológico actual, a maioria destes instrumentos beneficiaria com mais estudos psicométricos que permitissem obter valores normativos em termos de médias e desvios-padrão, para populações normais e clínicas. Seria, ainda, enriquecedor alargar esta investigação a diversas populações e grupos etários mais elevados estendendo, assim, o leque de dados normativos e aumentando o conhecimento acerca de manifestações específicas da fobia social.

A ausência de integração entre áreas de investigação que se sobrepõem (por exemplo, a ansiedade social e a timidez) e a existência de barreiras entre áreas dentro da psicologia e disciplinas relacionadas (por exemplo, Psicologia Clínica, Psicologia Social, Comunicação) têm levantado dificuldades ao avanço na avaliação da ansiedade social. Também a necessidade dum trabalho conceptual e empírico, que permita uma melhor clarificação da relação entre ansiedade social e aptidões sociais, surge como um aspecto importante. Finalmente, como sugere McNeill e cols. (1995), novas formas de ver e avaliar a ansiedade social e fobia social deveriam ser consideradas, tais como o impacto sobre a qualidade de vida.

Muito trabalho permanece por realizar nas áreas de avaliação do comportamento motor e fisiológico da fobia social, particularmente termos da aplicação destes métodos no domínio da investigação e da prática clínica.

Procedimentos de auto-monitorização aparecem com forma muito útil e prática de avaliar aspectos do comportamento social do indivíduo no seu ambiente natural, que dificilmente se poderiam avaliar de outra forma. Estes registos podem incluir aspectos mais abertos, como comportamentos, e aspectos mais cobertos, como emoções e pensamentos nas situações ameaçadoras.

A observação directa impõe-se como um método importante para uma avaliação mais precisa das dificuldades apresentadas pelo sujeito, devendo esta, teórica e idealmente, ser realizada no seu ambiente natural. Contudo, dadas as dificuldades e morosidade deste processo, tem-se recorrido cada vez mais à utilização de interacções simuladas e métodos de dramatização de papéis (*role-play*).

Relativamente à avaliação cognitiva da fobia social, verificaram-se consideráveis progressos nas últimas duas décadas. Neste sentido, tem-se procurado abranger, quer as dimensões mais superficiais e acessíveis, quer as dimensões mais profundas e de difícil acesso. A avaliação de produtos cognitivos está particularmente desenvolvida. O FNE, o SISST e procedimentos de listagem de pensamentos fornecem medidas importantes e bem validadas de produtos cognitivos associados à fobia social. Dos diversos questionários revistos na área da avaliação cognitiva ressalta a necessidade de mais estudos acerca das suas propriedades psicométricas, e investigações que permitam confirmar a relevância dos seus resultados, para a fobia social. Por outras palavras, a capacidade destes instrumentos de medida distinguirem claramente aspectos críticos da fobia social permanece ainda por esclarecer. Mais recentemente, os paradigmas de processamento de informação têm impulsionado a investigação sobre os processos cognitivos, permitindo colocar algumas hipótese interessantes, que necessitam, ainda, de ser confirmadas.

De tudo o que foi exposto, fica a ideia da diversidade de metodologias e instrumentos específicos que podem ser utilizados na avaliação clínica da fobia social. Contudo, tal como Butler *et al.*, (1987) sublinham, nenhuma metodologia de avaliação, utilizada individualmente, é melhor do que outras. Até porque, como tivemos oportunidade de analisar, todas as medidas apresentam limitações, pelo que a escolha dos instrumentos a utilizar depende, em última instância,

[227] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

dos objectivos terapêuticos ou da investigação. Concordamos com estes autores quando sugerem que os estudos devem incluir múltiplas medidas, que permitam a avaliação da fobia social através dos domínios comportamental, cognitivo, afectivo e fisiológico.

Para finalizar, gostaríamos de destacar a necessidade de mais investigação que ateste a validade e fidedignidade das metodologias de avaliação, nomeadamente no que se refere à sua capacidade para esclarecer e discriminar os subtipos da fobia social ou outros tópicos relevantes, por forma a ajudar os clínicos na compreensão da heterogeneidade desta patologia e na selecção do tipo de intervenção terapêutica mais conveniente.

Referências

- Alden, L. (1987). Attributional responses of anxious individuals to different patterns of social feedback: nothing succeeds like improvement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 100-106.
- Alden, L., & Wallace, S. (1995). Social phobia and social appraisal in successful and unsuccessful social interactions. *Behav. Res. Ther.*, 33, 497-505.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed. rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, C. A., & Arnoult, L. H. (1985). Attributional style and everyday problems in living: Depression, loneliness, and shyness. *Social Cognition*, 3, 16-35.
- Arnkoff, D., & Glass, C. (1989). Cognitive assessment in social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 61-74.
- Barlow, D. H. (1985). The dimensions of anxiety disorders. In A. H. Tuma & J. D. Master (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 479-500). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Beck, A., & Emery, G., (1979). *Cognitive Therapy of Anxiety and Phobic Disorders*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.
- Beck, A., Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Becker, R., & Heimberg, R. (1988). Assessment of social skills. In A. S. Bellack M. Hersen (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook* (3rd ed., pp. 365-395). New York: Pergamon Press.

[228] Capítulo 7

- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1992). Scoring the Social Phobia and Anxiety Inventory: Comments on Herbert et al. (1991). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 14, 377-379.
- Beidel, D. C., Borden, J. W., Turner, S. M., & Jacob, R. G. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Concurrent validity with a clinic sample. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 573-576.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Cooley, M. R. (1993). Assessing reliable and clinically significant change in social phobia: Validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 331-337.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. & Dancu, C. V. (1985). Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. *Behaviour Research and Therapy* 23 109-117.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1995). A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment*, 7, 73-79.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Stanley, M. A., & Dancu, C. V. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Concurrent and external validity. *Behavior Therapy*, 20, 417-427.
- Bryan, B. & Trower, P. E. (1974). Social difficulty in a student sample. *British Journal of Educational Psychology*, 44, 13-21.

- Brown, E. J., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy, 26*, 467-486.
- Brown, E. J., Turovsky, J., Heimberg, R. G., Juster, H. R., Brown, H. R., Brown, T. A., Barlow, D. H. (1997). Validation of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale Across the Anxiety Disorders. *Psychological Assessment, 9*, 21-27.
- Buss, A. H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco: Freeman.
- Butler, G. Gelder, M., Hibbert, G., Cullington, A. & Klimes, I. (1987). Anxiety management: Developing Effective strategies. *Behavior Research and Therapy, 25*, 517-522.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1981). The self-attention-induced feedback loop and social facilitation. *Journal of Experimental Social Psychology, 17*, 545-568.
- Chambless, D. L. & Hope, D. A. (1996). Cognitive Approaches to the Psychopathology and Treatment of Social Phobia. In Paul M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press.
- Clark, M. D., & Wells, A. (1995). A Cognitive Model of Social Phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope and F. R. Schneier (Eds.), *Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. Guilford Press, New York.
- Cloitre, M., Heimberg, R., Liebowitz, M., & Gitow, A. (1992). Perceptions of control

[229] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

- in panic disorder and social phobia. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 569-577.
- Cox, B. & Swinson, R. (1995). Assessment and Measurement. In Murray Stein (Ed.), *Social Phobia: Clinical and Research Perspectives*. American Psychiatric Press, Inc.
- Cunha, Marina (1996). *A visão de si mesmo e dos outros na ansiedade social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Cunha, M. & Pinto Gouveia, J. (1997). Avaliação Clínica da Fobia Social. *Psiquiatria Clínica, 18* 313-331.
- Davidson, J. R., Potts, N. L., Richichi, E. A., Krishnan, R. R., Ford, S. M., Smith, R. D., & Wilson, W. (1991). The Brief Social Phobia Scale. *Journal of Clinical Psychiatry, 52*, 48-51.
- Davidson, J. R., Potts, N. L., Richichi, E. A., Krishnan, R. R., Ford, S. M., Smith, R. D., & Wilson, W. (1993). The treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 13*, 423-428.
- Davidson, J. R., Miner, C. M., De Veugh-Geiss, J. Tupler, L. A., Colket, J. T., & Potts, N. L. (1997). The Brief Social Scale: a psychometric evaluation. *Psychological Medicine, 27*, 161-166.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R administration, scoring, and procedures manual*. Towson, MD: Clinical Psychometric Press.
- DiNardo, P., Brown, T., & Barlow, D. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime version (ADIS-IV-L)*. Albany, NY: Graywind Publications.
- Di Nardo, P. A., Moras, K., Barlow, D. H., Rapee, R. M., & Brown, T. A. (1993). Reliability of DSM-R anxiety disorder categories: Using the Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R). *Archives of General Psychiatry, 50*, 251-256.

- Di Nardo, P. A., O'Brien, G. T., Barlow, D. H., Waddell, M. T., & Blanchard, E. B. (1983). Reliability of DSM-III anxiety disorder categories using a new structured interview. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1070-1074.
- Dodge, C. S., Hope, D. A., Heimberg, R. G. & Becker, R. E. (1988). Evaluation of the Social Interaction Self-Statement Test with a social phobic population. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 211-222.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart Press.
- Elting, D. T., & Hope, D. A. (1995). Cognitive Assessment. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope and F. R. Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. Guilford Press, New York.
- Emmelkamp, P. M. G. (1988). Phobic Disorders. In Cynthia Last & Michael Hersen (Eds.), *Handbook of Anxiety Disorders*. New York: Pergamom Press.
- Endicott, J., & Spitzer, R. L. (1978). A diagnostic interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 837-844.

[230] Capítulo 7

- Fenigstein, A., Scheier, M. F., & Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 522-527.
- First, M. Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. (1996). *Structure Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders Patient Edition (SCID-I/P, Version 2.0)*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Glass, C. R., & Arnkoff, D. B. (1989). Behavioral assessment of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 75-90.
- Glass, C., R. & Arnkoff, D. B. (1994). Validity issues in self-statement measures of social phobia and social anxiety. *Behav. Res. Ther.*, 32, 255-267.
- Glass, C. & Furlong, M. (1990). Cognitive assessment of social anxiety: affective and behavioral correlates. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 365-384.
- Glass, C., Merluzzi, T., Biever, J. & Larson, K. (1982). Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 37-57.
- Gormally, J., Sipps, R., Raphael, R., Edwin, D., & Varvil-Weld, D. (1981). The relationship between maladaptive cognitions and social anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 300-301.
- Greist, J. H., Kobak, K. A., Jefferson, J. W., Katzelnick, D. J., & Chene, R. L. (1995). The clinical interview. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope and F. R. Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. Guilford Press, New York.
- Hart, T., Jack, M., Turk, C., & Heimberg, R. (1999). Issues for the measurement of social anxiety disorder. In H. G. M. Westenberg & J. A. den Boer (Eds.), *Focus on psychiatric Social Anxiety Disorder*. Syn-Thesis Publishers.
- Heimberg, R. (1994). Cognitive assessment strategies and the measurement of outcome of treatment for social phobia. *Behav. Res. Ther.*, 32, 269-280.
- Heimberg, R., Becker, R., Goldfinger, K., & Vermilyea, J. (1985). Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring, and homework assignments. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 236-245.

Heimberg, R. G., Dodge, C. S. & Becker, R. E. (1987). Social phobia. In L. Michel-son & L. M. Ascher (Ed.), *Anxiety and Stress Disorders: cognitive-behavioral assessment and treatment*. New York: Guilford Press.

Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L. & Becker, R. E. (1990a). DSM-III-R subtypes of social phobia: comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 172-179. .

Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo L. & Becker, R. E. (1990b). Cognitive behavioral group treatment in social phobia: comparison to a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23.

Heimberg, R. G., Hope, D. A., Rapee, R. M., & Bruch, M. A. (1988). The validity of the Social Avoidance and Distress Scale and the Fear of Negative

[231] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

Evaluation Scale with social phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 407-410.

Heimberg, R. G., Horner, H. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneir, F. R., & Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29, 199-212.

Heimberg, R-G., Mueller, G., Holt, C. S., Hope, D. A., & Liebowitz, M. R. (1992). Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: The Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behavior Therapy*, 23, 53-73.

Herbert, J. D., Bellack, A. S., & Hope, D. A. (1991). Concurrent validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13, 357-368.

Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.

Higgins, E. T., Klein, R., & Strauman, T. (1985). Self-concept discrepancy theory: A psychological model for distinguishing among different aspects of depression and anxiety. *Social Cognition*, 3, 51-76.

Hofmann, S. G., Newman, M. G., Ehlers, A., & Roth, W. T. (1995). Psychophysiological differences between subgroups of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 224-231.

Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Hope, D. A., (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 318-325.

Holt, C. S., Heimberg, R. G., Hope, D. A., & Liebowitz, M. R. (1992). Situational domains of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 63-77.

Hope, D. A., Gansler, D. A., & Heimberg, R. G. (1989). Attentional focus and causal attributions in social phobia: Implications from social psychology. *Clinical Psychology Review*, 9, 49-60.

Hope, D., & Heimberg, R (1988). Public and private self-consciousness and social phobia. *Journal of Personality Assessment*, 52, 626-639.

Himle, D. P., Thyer, B. A., & Papsdorf, J. D. (1982). Relationships between rational beliefs and anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 219-225.

- Ingram, R. & Kendall, P (1987). The cognitive side of anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 523-536.
- Jones, W. H., Briggs, S. R., & Smith, T. G. (1986). Shyness: Conceptualization and measurement *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 629-639.
- Kendall, P. C. & Ingram, R. (1987). The future for cognitive assessment of anxiety: let's get specific. In L. Michelson & M. Ascher (Eds.), *Anxiety and Stress Disorders*. New York: Guilford Press.
- Kobak, K. A., Reynolds, W. R., Greist, J. H. (1994). Computerized assessment of depression and anxiety: Respondent evaluation and satisfaction. *Journal of Personality Assessment*, 63,173-180.
- Leary, M. & Kowalski, R. (1995). *Social Anxiety*. NY: Guilford Press.

[232] Capítulo 7

- Leary, M. (1983). Social anxiousness: the construct and its measurement. *Journal of Personality Assessment*, 47, 66-75.
- Lépine, J. P., & Pélioso, A. (1999). Epidemiology and comorbidity of social anxiety disorder. In H. G. M. Westenberg & J. A. den Boer (Eds.), *Focus on psychiatric Social Anxiety Disorder*. Syn-Thesis Publishers.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 397-404.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*. 22, 141-173.
- Liebowitz, M., Gorman, J., Fyer, A., & Klein, D. (1985). Social Phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry* 42, 719 -736.
- Liebowitz, M. R., Schneier, F, Campeas, R., Hollander, E., Hatterer, J., Fyer, A., Gorman, J. M., Papp, L., Davies, S., Gully, R., & Klein, D. F. (1992). Phenelzine vs atenolol in social phobia: A placebo-controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*, 49, 290-300.
- Lowe, M. R. (1985). Psychometric evaluation of Social. Performance Survey Schedule: Reliability and validity of the positive behavior subscale. *Behavior Modification*, 9, 193-210.
- Lowe, M. R. & Cautela, J. R. (1978). A self-report measure of social skill. *Behavior Therapy*, 9, 535-544.
- Mannuzza, S., Fyer, A., Klein, D, & Endicott, J. (1986). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime Version Modified for the Study of Anxiety Disorders (SAD-LA): rationale and conceptual development. *Journal Psychiàtric Res.*, 20, 317-325.
- Marks, I. M., & Mathews, A. M. (1979). Brief standard rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.
- Martzke, J. S., Andersen, B. L. & Cacioppo, J. T. (1987). Cognitive assessment of anxiety disorders. In L. Michelson & M. Ascher (Eds.), *Anxiety and Stress Disorders*. New York, The Guilford Press.
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1989). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Unpublished manuscript*.

- Mattick, R. & Clarke, J. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behav. Res. Ther.*, 36, 455-470.
- Mattick, R. P., & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.
- Mattick, R. P., Peters, L., & Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 3-23
- McNeil, D. W., Ries, B. R., & Turk, C. L. (1995). Behavioral assessment: *self-report*, physiology and overt behavior. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope And F. Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. Guilford Press, New York.

[233] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Mersch, P., Emmelkamp, P., Bogels, S., & Van Der Sleen, J. (1989). Social phobia: individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions. *Behav. Res. Ther.*, 27, 434-421.
- Moe, K., & Zeiss, A. (1982). Measuring self-efficacy expectations for social skills: A methodological inquiry. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 191-205.
- Neto, F. (1986). Escala de Consciência de Si Próprio: adaptação portuguesa. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 2, 13-21.
- Peterson, C., Semmel, A., von Bayer, C., Abramson, L., Metalsky, G. & Seligman, M. (1982). The Attributitional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 287-300.
- Pinto Gouveia, J. (1986a). Avaliação da ansiedade social. *Psiquiatria Clínica*, 7, 27-34.
- Pinto Gouveia, J. (1986b). Tratamento da ansiedade social. *Psiquiatria Clínica*, 7, 35-42.
- Pinto Gouveia, J. (1997). Fobia Social: conceito, critérios de diagnóstico, epidemiologia e características clínicas. *Psiquiatria Clínica*, 18, 279-293.
- Pinto Gouveia, J. (em preparação). O Inventário de Cognitiones Interpessoais.**
- Pinto Gouveia, J., Cunha, M., & Robalo, M. (1997). Avaliação de esquemas interpessoais: a versão portuguesa do Questionário de Esquemas Interpessoais de Safran e Hill. *Psychologica*, 17, 105-127.
- Pinto Gouveia, J., Cunha, M., & Salvador, M. C. (1997). "Factores situacionais e estratégias de segurança na ansiedade social". Comunicação apresentada no V Latini Dies (3º Congresso Ibérico de Terapia Comportamental e Cognitiva). Cascais, Abril de 1997.
- Pinto Gouveia, J., Fonseca, L., Robalo, M., Allen, A., Matos, A., Gil, E. (1986). Ansiedade social: utilização dos questionários de auto-resposta SAD, FNE, e SISST numa população portuguesa. *Psiquiatria Clínica*, 7, 43-48.
- Pinto Gouveia, J., Robalo, M., Cunha, M. & Fonseca, L. (1997). "O Questionário de Esquemas de Young. Aferição e utilização na população portuguesa". Comunicação apresentada no V Latini Dies (3º Congresso Ibérico de Terapia Comportamental e Cognitiva). Cascais, Abril de 1997.

Rapee, R. M. & Lim, L. (1992). Discrepancy between self-and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 728-731.

Rapee, R. M., Brown, T. A., Antony, M. A., & Barlow, D. H. (1992). Response to hyperventilation and inhalation of 5.5% carbon dioxide-enriched air across the DSM& R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 538-552.

Rathaus, S.A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy, 4*, 389-406.

[234] Capítulo 7

Richardson, F. C., & Tasto, D. L. (1976). Development and factor analysis of a social anxiety inventory. *Behavior Therapy, 7*, 453-462.

Ries, B., McNeil, D., Boone, M., Turk, C., Carter, L., & Heimberg R. (1998). Assessment of contemporary social phobia verbal report instruments. *Behav. Res. Ther., 36*, 983-994.

Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs, 80* (1, N.º 609).

Safran, J. D., Hill, C., & Ford, C. (1988). A self-report measure of interpersonal schema. (Citado em Safran, J. D., Segal, Z. V., Hill, C., & Whiffen V., 1990)

Safran, J. D., Segal, Z. V., Hill, C., & Whiffen, V. (1990). Refining strategies for research on self-representations in emotional disorders. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 143-160.

Safren, S., Turk, C., & Heimberg, R. (1998). Factor structure of the Social Interaction Scale and the Social Phobia Scale. *Behav. Res. Ther., 36*, 433-453.

Safren, S. A., Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1999). Factor structure of social fears: The Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders, 13*, 252-270.

Schneier, F. R., Heckelman, L. R., Gaffinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A., Street, L., Del Bene, D., & Liebowitz, M. R. (1994). Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry, 55*, 322-331.

Scholing, A., & Emmelkamp, P. M. G. (1990). Social phobia: Nature and treatment. In H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of social and evaluation anxiety* (pp. 269-324). New York: Plenum Press.

Sheehan, D. (1984). *The anxiety disease*. New York: Scribner.

Shorkey, C. T., Reyes, E., & Whiteman, V. L. (1977). Development of the Rational Behavior Inventory: Initial validity and reliability. *Educational and Psychological Measurement, 37*, 527-534.

Spence, S. H. (1986). Social Behaviour in adults: treatment. In S. J. E. Lindsay & G. E. Powell (Ed.), *A Handbook of Clinical Adult Psychology*. Gower, Aldershot.

Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). Structured Clinical Interview for DSM-R (SCID): History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry, 49*, 624-629.

Spitzer, R., Endicott, J. & Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry, 35*, 773-782.

Spitzer, R., Williams, J., Gibbon, M., & First, M. (1988). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R-Patient version (SCID-P)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.

Stopa, L. & Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 255-267.

Strauman, T. (1989). Self-discrepancies in clinical depression and social phobia: Cognitive structures that underlie emotional disorders? *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 14-22.

[235] Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social

Tancer, M. E. (1994). Neurobiology of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 26-30

Trower, P., & Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 19-36.

Turner, S. M., & Beidel, D. C. (1988). Some further comments on the measurement of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 411-413.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. & Keys, D. J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 389-394.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Larkin K. T. (1986). Situational determinants of social anxiety in clinic and nonclinic samples: Physiological and cognitive correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 523-527.

Turner, S. M., McCanna, M., & Beidel, D. C. (1987). Discriminative validity of the Social Avoidance and Distress and Fear of Negative Evaluation Scales. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 113-115.

Turner, S. M., Stanley, M. A., Beidel, D. C., & Bond, L. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Construct validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11, 221-234.

Twentyman, C. M. & McFall, R. M. (1975). Behavioral Training of social skills in shy males. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 384-395.

Vaz Serra, A. (1985). A Escala de Ansiedade Social. Trabalho apresentado nas 1a Jornadas de Terapia Comportamental, Porto, Março de 1985.

Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.

Williams, C. L. & Ciminero, A. R. (1978). Development and validation of heterosocial skills inventory: The Survey of Heterosexual Interactions for Females. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1547-1548.

Williams, J. B. W., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davies, M., Borus, J., Howes, M. H., Kane, J., Pope, H. G., Rounsaville, B., & Wittchen, H. (1992). Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636.

Wlazlo, Z., Schroeder-Hartwig, K., Hand, I., Kaiser, G. & Munchau, N. (1990). Exposure in vivo vs. social skills training for social phobia: long-term outcome and differential effects. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 181-193.

Wolpe, L., & Lang, P. J. (1977). *Manual for the Fear Survey Schedule*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.

Young, J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.

Zimbardo, P.G. (1977). *Shyness: What it is and what to do about it*. Reading, MA: Addison-Wesley.

[236]

[237]

Capítulo 8

Um protocolo para a Avaliação Clínica da Fobia Social através de Questionários de Auto-resposta

José Pinto Gouveia, Marina Cunha e Maria do Céu Salvador

Quando iniciámos o nosso projecto de investigação e tratamento da fobia social, e tivemos que definir os instrumentos de auto-resposta que utilizaríamos na nossa investigação, fomos confrontados com a escassez de instrumentos de auto-resposta que avaliassem as diversas áreas de dificuldades dos fóbicos sociais e que completassem a informação obtida por entrevista. Interessavam-nos instrumentos que avaliassem aspectos que permitissem identificar o tipo de situações receadas, o grau de desconforto e evitamento em relação a essas situações, os comportamentos de segurança mais frequentemente utilizados, os pensamentos automáticos negativos nessas situações, e o grau de interferência das dificuldades relacionadas com a fobia social, nas diversas áreas de funcionamento escolar/profissional, social e afectivo do indivíduo. Escalas de auto-resposta que avaliassem estas dimensões eram fundamentais, não só para a recolha de informação a ser utilizada no protocolo terapêutico que utilizamos (descrito no capítulo 10) e para a avaliação dos resultados do tratamento, mas em para a investigação de alguns aspectos que pretendíamos estudar na fobia social, entre outros, a existência de esquemas precoces mal-adaptativos e a natureza dos esquemas interpessoais neste quadro clínico.

Ao compulsarmos a literatura verificámos a inexistência de instrumentos de auto-resposta publicados para a avaliação destes

[238] Capítulo 8

aspectos, o que nos motivou para a construção e desenvolvimento de um protocolo constituído por três escalas destinadas a avaliar: i) as situações receadas pelo fóbico social (Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social; EAESDIS); ii) os comportamentos de segurança que utiliza nessas situações (Escala de Comportamentos de Segurança na Ansiedade Social; ECSAS); e iii) os pensamentos automáticos que ocorrem quando se confronta com essas situações (Escala de Pensamentos Automáticos na Ansiedade Social; EPAAS).

A estas três escalas foi acrescentada uma medida de auto-resposta para avaliação do grau de interferência e incapacitação na vida diária provocado pelas dificuldades associadas à fobia social, a *Sheehan Disability Scale* (SDS; Sheehan, 1984), que traduzimos e adaptamos para português.

Avaliação do Desconforto e Evitamento em Situações Sociais

Os critérios de diagnóstico para a Fobia Social sofreram modificações importantes ao longo das diversas versões do DSM. Na sua última versão, o DSM-IV, a fobia social é definida como "o medo intenso e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho nas quais o indivíduo está exposto a pessoas desconhecidas ou ao possível escrutínio de outros. O indivíduo receia comportar-se (ou mostrar sintomas de ansiedade) de modo humilhante ou embaraçoso". O medo deve ser reconhecido como excessivo ou irrazoável e as situações receadas são evitadas ou suportadas com grande desconforto (DSM-IV, *American Psychiatric Association*, 1994).

O esforço na definição de critérios mais adequados para o diagnóstico da fobia social tem sido acompanhado pela procura de instrumentos de avaliação mais válidos e fidedignos, que captem os aspectos multidimensionais do conceito da ansiedade social. No entanto, a nível dos instrumentos de auto-resposta poucos há que avaliem o tipo de situações receadas ou evitadas pelos fóbicos sociais. Entre contam-se o *Fear Questionnaire* (FQ; Marks e Mathews, 1979) através da sua subescala de Fobia Social, o *Social Avoidance and Distress*

[239] Um Protocolo para a Avaliação Clínica

(SAD Watson & Friend, 1969), o *Fear of Negative Evaluation Scale* (FNE; Watson & Friend, 1969), o *Social Phobia and Anxiety Inventory* (SPAI; Turner, Beidel, Dancu & Stanley, 1989) e as duas escalas de Mattick e Clarke (1989) nomeadamente, a *Social Interaction Anxiety Scale* (SIAS) e a *Social Phobia Scale* (SPS) utilizadas conjuntamente. Muitas destas escalas apresentam contudo limitações importantes na avaliação da fobia social. Algumas como o SAD e o FNE (Watson & Friend, 1969) porque apresentam um fraco poder discriminativo em relação aos outros distúrbios ansiosos (Turner *et al.*, 1987; Turner & Beidel, 1988), outras como o *Fear Questionnaire* (Marks & Mathews, 1979) por o número (apenas 5 situações) e tipo de situações avaliadas não ser suficientemente representativo do universo de situações receadas pelos fóbicos sociais, outras, ainda, como o *Social Phobia and Anxiety Inventory* (Turner, Beidel, Dancu & Stanley, 1989) por não permitirem obter pontuações separadas para os diferentes tipos de situações sociais evocadoras de ansiedade (ansiedade de desempenho *versus* ansiedade de interacção).

Este último aspecto é especialmente importante do ponto de vista clínico, dado que a avaliação das respostas ansiosas, evocadas por diferentes classes de situações específicas, é de grande utilidade para o diagnóstico, planeamento da intervenção terapêutica individualizada e avaliação dos resultados terapêuticos. As situações receadas pelos fóbicos sociais incluem um vasto e diverso conjunto de situações que têm sido agrupadas por diversos autores em duas grandes categorias: *situações que envolvem a interacção com outros indivíduos*, como iniciar e manter uma conversa com estranhos, festas, falar ao

telefone, expressar desacordo, e *situações em que o indivíduo é observado pelos outros*, como falar em público, participar em actividades de grupo, comer e beber em locais públicos (Liebowitz, 1987). As competências sociais necessárias para lidar adequadamente com estas duas categorias de situações são substancialmente diferentes e, entre os fóbicos sociais/ há diferenças acentuadas no tipo de situações receadas. Embora o mais frequente seja o indivíduo com fobia social recear situações das duas categorias, há indivíduos que receiam apenas situações de uma delas.

Das escalas de auto-resposta atrás apontadas, apenas as escalas

[240] Capítulo 8

de Mattick e Clarke (1989) procuram avaliar a ansiedade experimentada nas duas categorias de situações. A *Social Interaction Anxiety Scale* (SIAS) avalia a ansiedade em situações de interacção social e a *Social Phobia Scale* (SPS) avalia a ansiedade em situações que envolvem a observação pelos outros. Contudo, quando iniciámos a nossa investigação, os autores não tinham ainda publicado os dados de desenvolvimento destas escalas. Só recentemente, em 1998, foram publicados os dados relativos a estas escalas (Mattick & Clarke, 1998) embora tivessem sido já utilizadas em alguns estudos de resultados de tratamento nos quais demonstraram serem sensíveis aos efeitos do tratamento (Mattick & Peters, 1988; Mattick, Peters & Clarke, 1989).

A Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações Desempenho e Interacção Social (EAESDIS)

É uma escala de auto-resposta que avalia o desconforto e evitamento em situações sociais. A escala é composta por 44 itens que representam situações de desempenho e interacção social. Duas linhas em branco permitem ao respondente referir duas situações que lhe provoquem desconforto ou ansiedade, e que não estejam contempladas nos 44 itens da escala.

Para cada situação é pedido ao respondente que avalie o desconforto/ansiedade sentido nessa situação, utilizando para o efeito uma escala de 1-4 (1-Nenhum, 2-Ligeiro, 3-Médio, 4-Severo), e o grau de evitamento dessa situação (1-Nunca, 2-Às vezes, 3-Muitas Vezes, 4-Quase Sempre).

É ainda pedido ao respondente que, após ter completado o preenchimento da escala, identifique as cinco situações que lhe provocam maior ansiedade.

A escala é assim constituída por 2 subescalas, uma *Subescala de Desconforto* e uma *Subescala de Evitamento*, cujas pontuações totais podem variar entre 44 e 176. A partir destas duas subescalas é possível calcular três índices: os índices de *Desconforto* e de *Evitamento*, e o índice de *Desconforto x Evitamento*.

[241] Um Protocolo para a Avaliação Clínica

Construção e Desenvolvimento da Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações Desempenho e Interacção Social (EAESDIS)

Liebowitz desenvolveu a *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS; Liebowitz, 1987) como uma escala a ser administrada por um entrevistador e que procura avaliar o desconforto e evitamento em 24 situações sociais (13 situações de desempenho e 11 situações de interacção social). Embora o autor acentuasse que este instrumento deveria apenas ser utilizado em situação de entrevista, pensamos que a escala poderia ser adaptada para uma versão de auto-resposta.

No entanto, a LSAS apresentava, em nosso entender, algumas limitações. As 24 situações sociais avaliadas não correspondem adequadamente ao universo de situações sociais receadas pelos fóbicos sociais, não contemplando situações que, na nossa experiência clínica, provocam frequentemente ansiedade e desconforto em alguns indivíduos. Este défice é mais acentuado a nível das situações de interacção. Entre outras, por exemplo, não estão representadas situações de interacção social com indivíduos do outro sexo que despertam, frequentemente, ansiedade nos ansiosos sociais.

Por outro lado, embora a diferenciação entre situações de desempenho e interacção social seja importante, a construção da LSAS de Liebowitz assentava basicamente nessa distinção, assumindo teoricamente apenas uma estrutura de dois factores, que reflectia essa distinção. No entanto, o estudo de Slavkin *et al.*, (1990, citado em Rapee, 1995), que investigou a estrutura factorial da LSAS, não confirmou empiricamente esta estrutura de dois factores, sugerindo que um modelo de 2 factores não é o mais adequado para explicar as categorias globais dos medos sociais avaliados pela [LSAS](#)¹. voltar

[242] Capítulo 8

Devido a estas razões, e também no sentido de melhorar a escala como instrumento de avaliação clínica, decidimos acrescentar 34 novas situações sociais às 24 situações avaliadas pela LSAS. As 34 novas situações acrescentadas foram obtidas através de entrevistas com fóbicos sociais, e representam situações sociais que frequentemente despertam ansiedade e evitamento nestes doentes.

Dos 58 itens iniciais foram eliminados 14, ficando a escala final constituída por 44 itens. Utilizámos, como critério de eliminação dos itens, a verificação da sua redundância com outros itens e os resultados do estudo das correlações item-total. Este estudo foi realizado numa população de 534 indivíduos normais, dos quais 315 são estudantes e 219 indivíduos da população geral, e numa amostra clínica de 76 fóbicos sociais segundo os critérios do DSM-IV.

Os 44 itens retidos, que formam a escala final, possuem na Subescala de Desconforto/Ansiedade correlações item-total iguais ou superiores a .40 na amostra de normais, excepto o item 3 (“beber em público”) que tem uma correlação item-total de .25 e o item 11 (“urinar num W.C. público”) que apresenta uma correlação item-total de .33. Na amostra de fóbicos sociais, todos os itens possuem correlações item-total iguais ou superiores a .35, excepto os itens 3 (“beber em público”), 11 (“urinar num W.C. público”) e 38 (“fazer um exame oral”), que apresentam correlações item-total de .32, .32, e .28, respectivamente. Decidimos manter estes itens que possuem correlações item-total inferiores a .35, na amostra de fóbicos sociais, porque a sua eliminação não aumentava a consistência interna na escala, e por representarem situações que são revelantes na avaliação clínica da fobia social. Haverá também que ter em conta, relativamente a este

aspecto, que um ansioso social pode reear algumas situações sociais da escala mas não necessariamente as outras, o que influencia as correlações item-total da escala.

[243] Um Protocolo para a Avaliação Clínica

A consistência interna da *Subescala de Desconforto* final (44 itens) mostrou-se elevada com um *alpha de Cronbach* de .95 na amostra de normais, e .95 na amostra de fóbicos sociais.

A consistência interna da *Subescala de Evitamento* final (44 itens) é também elevada, embora mais baixa que a da subescala de Desconforto, com um *alpha de Cronbach* igual a .94 na amostra de anormais, e .87 na amostra de fóbicos sociais.

As duas subescalas mostram ainda possuir uma boa fidelidade temporal e discriminam a população de fóbicos sociais dos doentes com outros distúrbios ansiosos e da população normal (Pinto-Gouveia, Cunha e Salvador, em preparação).

ESCALA DE ANSIEDADE E EVITAMENTO EM SITUAÇÕES DE DESEMPENHO E INTERACÇÃO SOCIAL (EAESDIS)

(Pinto Gouveia, J., Cunha, M. & Salvador, M.C., 1997)

INSTRUÇÕES

Segue-se uma lista de situações em que as pessoas podem sentir desconforto e mal-estar, o que pode levar ao evitamento dessas situações. Assinale o grau de desconforto ou ansiedade e o grau de evitamento que cada uma das situações assinaladas lhe provoca, utilizando a escala de resposta de 1 a 4, abaixo indicada.

Aponte, nas linhas em branco, outras situações que lhe causam desconforto ou que evite, mas que não estejam mencionadas.

Se nunca se confrontou com alguma das situações apresentadas, imagine o desconforto que sentiria se tivesse que o fazer.

Desc./ Ansiedade

- 1= Nenhum
- 2= Ligeiro
- 3= Médio
- 4= Severo

EVITAMENTO

- 1= Nunca (0%)
- 2= Às vezes (1-33%)
- 3= Muitas vezes (34-67%)
- 4= Quase sempre (68-100%)

1. Participar numa actividade de grupo
2. Comer em público
3. Beber num local público

4. Representar, agir ou falar perante uma audiência
5. Ir a uma festa

[244] Capítulo 8

6. Trabalhar enquanto se está a ser observado/a
7. Escrever enquanto se está a ser observado/a
8. Telefonar a alguém que não conhece bem
9. Falar com alguém que não conhece bem
10. Encontrar-se com estranhos/desconhecidos
11. Urinar num W.C. público
12. Entrar numa sala onde os outros já estão sentados
13. Ser o centro das atenções
14. Levantar-se e fazer um pequeno discurso, sem preparação prévia, numa festa
15. Fazer um teste às suas capacidades, competências ou conhecimentos
16. Expressar desacordo ou reprovação a alguém que não se conhece muito bem
17. Olhar directamente nos olhos de alguém que não se conhece muito bem
18. Apresentar oralmente um trabalho
19. Tentar convencer alguém para um relacionamento romântico/sexual/cortejar
20. Devolver um artigo e obter o reembolso
21. Dar uma festa
22. Resistir à pressão elevada dum vendedor
23. Ir a uma entrevista para arranjar emprego
24. Pedir uma informação a uma pessoa desconhecida (por exemplo: perguntar as horas, o nome da rua, morada pretendida, etc.)
25. Juntar-se numa mesa de café, a um grupo de colegas que não se conhece bem
26. Pedir um favor a outra pessoa

[245] Um Protocolo para a Avaliação Clínica

27. Falar com uma pessoa que admire
28. Numa festa, participar em jogos e/ou danças
29. Convidar alguém, pela 1ª vez, para sair
30. Aproximação do empregado quando se entrou numa loja só para ver
31. Conversar com pessoas do sexo oposto.
32. Aceitar um elogio
33. Participar num encontro com pessoas de cultura diferente
34. Ir a uma discoteca com um (a) amigo (a)
35. Pedir a outra pessoa que mude um comportamento que nos desagrade
36. Ser chamado ao gabinete do chefe ou professor
37. Falar com alguém uma língua estrangeira que não se domina bem.
38. Fazer um exame oral
39. Queixar-se quando alguém tenta passar à sua frente numa fila
40. Ser chamado para “ir ao quadro”

41. Tomar a iniciativa de colocar uma questão ou pedir um esclarecimento numa sala ou reunião
42. Responder a uma questão colocada pelo professor no meio da aula.
43. Chegar atrasado(a) ou adiantado(a) a uma reunião ou aula.
44. Falar com pessoas numa condição sócio-cultural superior.

II

Das situações atrás apontadas escolha, agora, as cinco situações que lhe provocam mais desconforto, colocando os respectivos números nos quadrados abaixo indicados:

Nota. Não utilizar sem a autorização dos autores

[246] Capítulo 8

Avaliação dos Comportamentos de Segurança na Ansiedade Social

A designação de comportamentos de segurança refere-se a conjunto de comportamentos através dos quais o fóbico social procura diminuir a sua vivência de ameaça e o risco antecipado de avaliado negativamente.

A utilização, pelo fóbico social, de comportamentos de segurança tem sido apontada como um importante factor de manutenção da fobia social (Wells *et al.*, 1995). A sua utilização impede a desconfirmação da expectativa de que alguns dos seus comportamentos receados (tremar, corar, fazer pausas no discurso, etc.) serão avaliados negativamente pelos outros e, em alguns casos, pode mesmo aumentar a probabilidade de ocorrência do comportamento receado. Apesar da identificação e modificação dos comportamentos de segurança ser um componente importante da terapia cognitiva da fobia social, pouca atenção tem sido dada à avaliação das estratégias de segurança dos fóbicos sociais e não existem instrumentos para a sua avaliação.

A Escala de Comportamentos de Segurança na Ansiedade Social (ECSAS)

É uma escala de auto-resposta destinada a avaliar os comportamentos de segurança em situações sociais receadas, isto é, o conjunto de comportamentos que os indivíduos com ansiedade social utilizam nas situações sociais, para prevenir comportamentos que antecipam originarem avaliações negativas pelos outros (tremar, corar, mostrarem-se ansiosos, etc.).

A escala possui 17 itens que representam comportamentos cobertos e comportamentos verbais e não verbais de segurança, utilizados pelos indivíduos com ansiedade social elevada nas situações sociais receadas. Para cada item, é pedido ao respondente que a frequência, com que utiliza esse comportamento em situações sociais receadas, numa escala de 1-4 (1-Nunca, 2-Às vezes, 3-Muitas Vezes, 4-Quase Sempre).

[247] Um Protocolo para a Avaliação Clínica

A pontuação da escala é obtida pelo somatório das respostas aos 17 itens e pode variar entre 17 e 68.

Duas linhas em branco permitem, ainda, que o respondente especifique dois comportamentos de segurança que utiliza habitualmente, e que não estejam mencionados na escala.

Construção e Desenvolvimento da Escala de Comportamentos de Segurança na Ansiedade Social (ECSAS)

Embora os comportamentos de segurança sejam altamente idiossincráticos, procurou-se, através de entrevistas com fóbicos sociais, identificar diversos comportamentos deste tipo utilizados por estes indivíduos. Foi, assim, construído um conjunto de 22 itens representando comportamentos de segurança a que habitualmente os indivíduos com ansiedade social recorrem. No final da escala, através do preenchimento de duas linhas em branco, o sujeito tinha a possibilidade de acrescentar outros comportamentos de segurança considerados relevantes, e que não estivessem anteriormente referidos.

Deste conjunto inicial de 22 itens, foram eliminados 7 devido à sua redundância com outros itens e aos resultados das correlações item-total. Este estudo foi realizado numa população de 530 indivíduos normais, dos quais 312 são estudantes e 218 indivíduos da população geral, e numa amostra clínica de 76 fóbicos sociais segundo os critérios do DSM-IV.

Os 15 itens retidos possuem todas correlações item-total iguais ou superiores a .35, na amostra de população normal, excepto o item 12 (“tentar parecer à-vontade”) que tem uma correlação item-total de .34. Na amostra de fóbicos sociais, todos os itens retidos possuem, também, uma correlação item-total superior a .35, excepto os itens 1 (“desviar ou evitar o olhar da pessoa com quem está a interagir”), 2 (“acelerar o discurso, falando rapidamente e sem pausas”) e 3 (“encurtar o discurso, reduzindo ao mínimo o que se tem para dizer”), que possuem correlações item-total de .32, .32 e .29 respectivamente.

Na decisão de manter estes itens na escala pesaram as seguintes razões: i) todos eles apresentam correlações item-total superiores

[248] Capítulo 8

a .35 em pelo menos um dos grupos das populações estudadas; ii) sua eliminação não aumentava a consistência interna da escala; e iii) representam comportamentos de segurança clinicamente relevantes, isto é, comportamentos que são importantes identificar e eliminar no tratamento da fobia social. Por outro lado há que ter em conta, que dada a sua natureza altamente pessoal, é possível que um doente utilize alguns comportamentos de segurança e não outros, o que influencia as correlações item-total.

A consistência interna da escala de 15 itens é boa, com um *alpha de Cronbach* de .82 na população normal e de .82 na população de fóbicos sociais.

A pontuação total da escala de 15 itens discrimina a população de fóbicos sociais dos doentes com outros distúrbios ansiosos, bem como da população normal (Pinto-Gouveia, Cunha e Salvador, em preparação).

Dado que nos dois itens em branco eram frequentemente referidos dois comportamentos de segurança: "tentar disfarçar o meu tremor" e "pensar bem no que que dizer antes de falar", estes foram, posteriormente, acrescentados no final da escala (itens 16 e 17) e a sua correlação item-total não está ainda estudada. Também aqui a decisão de incluir estes itens tem a ver com a tentativa de aumentar a utilidade clínica da escala. Futuros estudos permitirão avaliar o seu reflexo sobre a consistência interna da escala.

A escala final ficou assim constituída por 17 itens e é apresentada a seguir.

ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE SEGURANÇA NA ANSIEDADE SOCIAL (ECSAS)

(Pinto Gouveia, J., Cunha, M. & Salvador, M.C., 1997)

INSTRUÇÕES

Em baixo, está indicada uma lista de comportamentos que frequentemente as pessoas utilizam em situações que lhes são desconfortáveis. Estes comportamentos, habitualmente designados de comportamentos de segurança, representam formas de as pessoas diminuírem ou evitarem as consequências receadas em algumas situações e variam muito de pessoa para pessoa.

[249] Um Protocolo para a Avaliação Clínica

Por favor avalie a frequência com que utiliza esses comportamentos nas situações sociais que lhe provocam desconforto.

É possível que você utilize alguns comportamentos que não estejam nesta lista. Caso isso aconteça, escreva-os nas linhas em branco e avalie a frequência com que recorre a eles quando fica ansioso numa situação social.

COMPORTAMENTOS DE SEGURANÇA

FREQUÊNCIA

1= Nunca (0%)

2= Às vezes (1-33%)

3= Muitas vezes (34-67%)

4= Quase sempre (68-100%)

1. Desviar ou evitar o olhar da pessoa com quem está a interagir.
2. Acelerar o discurso, falando rapidamente e sem pausas.
3. Encurtar o discurso, reduzindo ao mínimo o que se tem para dizer
4. Evitar atrair as atenções
5. Ficar sentado(a) no lugar mais escondido ou mais atrás possível
6. Fingir desinteresse ou distanciamento do que se está a passar
7. Limitar-se a ser um(a) espectador passivo (a) da situação
8. Fingir que não se viu uma pessoa
9. Andar a olhar para o chão

10. Pôr as mãos nos bolsos
11. Parar de fazer o que estava a fazer (ex., escrever, beber, etc.) quando me sinto observado(a)
12. Tentar parecer à vontade
13. Rir para esconder que estou nervoso(a)
14. Verificar, repetidamente, se estou apresentável
15. Aumentar a distância entre mim e o interlocutor
16. Tentar disfarçar o meu tremor
17. Pensar bem no que vou dizer

Nota. Não utilizar sem a autorização dos autores

[250] Capítulo 8

Avaliação de Pensamentos Automáticos na Ansiedade Social

Quando confrontados com situações sociais receadas, a ideação dos fóbicos sociais centra-se caracteristicamente em pensamentos de auto-avaliação negativa (Hackman, Surawy & Clark, 1998; Stopa & Clark, 1993; Turner, Beidel, & Larkin, 1986), existindo uma correlação significativa entre a frequência das auto-avaliações negativas durante a interação e a severidade da fobia social avaliada clinicamente (Dodge, Hope, Heimberg, & Becker, 1988). Nessas situações, o conteúdo do pensamento dos ansiosos sociais é dominado por temas de fracasso, falta de competências necessárias para originar uma impressão positiva, preocupações com a aparência e com a possibilidade de ser avaliado negativamente (Dodge, Hope, Heimberg, & Becker, 1988; Stopa & Clark, 1993; Turner, Beidel, & Larkin, 1986).

A avaliação destes pensamentos automáticos, que ocorrem aos fóbicos sociais quando em situações receadas, é um componente importante da avaliação clínica da fobia social, pois eles interferem com o seu desempenho social e contribuem para um aumento da ansiedade na situação, sendo um importante factor de manutenção do distúrbio de ansiedade social. A sua identificação toma-se necessária como o primeiro passo para a sua correcção e modificação durante o tratamento. Esse reconhecimento é habitualmente realizado durante o tratamento, através do registo de pensamentos automáticos, mas pode ser facilitado pelo preenchimento de uma escala de auto-resposta, para identificação de pensamentos automáticos, que liste este tipo de pensamentos que ocorre usualmente na maioria dos ansiosos sociais.

A Escala de Pensamentos Automáticos na Ansiedade Social (EPAAS)

É uma escala com 28 itens que descrevem pensamentos automáticos frequentes nos fóbicos sociais quando ansiosos.

Para cada item é pedido ao respondente que avalie a frequência, numa escala de 0-3 (0-Nunca; 1-Às vezes; 2-Muitas vezes; 3-Quase Sempre), com que ocorre esse pensamento.

A pontuação da escala é obtida pelo somatório das respostas aos 28 itens e pode variar entre 28 e 84.

[251] Um Protocolo para a Avaliação Clínica

Dois itens em branco permitem ainda que o respondente especifique dois pensamentos automáticos que lhe ocorram com frequência e que não estejam descritos na escala.

Construção e Desenvolvimento da Escala de Pensamentos Automáticos na Ansiedade Social (EPAAS)

Através duma consulta da literatura e de entrevistas com fóbicos sociais, foi gerado um conjunto de 40 pensamentos automáticos e ocorrem frequentemente aos fóbicos sociais. Deste conjunto inicial, dez foram eliminados devido à sua redundância e repetição, e dois ao resultado do estudo da consistência interna da escala, realizada numa população de 534 indivíduos normais, dos quais 315 eram estudantes e 219 indivíduos da população geral, e numa amostra clínica de 76 fóbicos sociais segundo os critérios do DSM-IV.

A escala final ficou constituída por 28 itens, todos com uma correlação item-total superior a .4 em ambas as amostras das populações estudadas. A consistência interna da escala revelou-se elevada com um *alpha de Cronbach* de .95 na população normal e de .93 na população de fóbicos sociais.

A pontuação total da escala discrimina a população de fóbicos sociais dos doentes com outros distúrbios ansiosos e da população normal (Pinto-Gouveia, Cunha e Salvador, em preparação).

ESCALA DE PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS NA ANSIEDADE SOCIAL (EPAAS)

(Pinto-Gouveia, J., Cunha, M. & Salvador, M.C., 1997)

INSTRUÇÕES

Segue-se uma lista de pensamentos que por vezes as pessoas têm nas situações sociais anteriormente indicadas.

Por favor, avalie em relação às situações que lhe provocam desconforto, a frequência com que tem esses pensamentos

[252] Capítulo 8

Dado que as pessoas têm o mesmo tipo de pensamento duma ligeiramente diferente, pode rescrever o pensamento da forma que se ajustar a si.

PENSAMENTOS

FREQUÊNCIA

0=Nunca

1=às vezes (1-33%)

2=Muitas vezes (34-67%)

3=Quase sempre (68-100%)

1. Não vou dizer nada de jeito
2. Vou ficar embaraçado(a)
3. Tenho de me acalmar
4. Tenho que prestar atenção ao que digo
5. Tenho que dizer alguma coisa de interesse
6. Vão pensar que sou idiota
7. Tenho que causar boa impressão
8. Vão notar que estou contraído(a)/tenso(a)
9. É melhor calar-me antes que diga asneira
10. A minha voz está a tremer
11. Vou gaguejar
12. Vou fazer figura de parvo(a)
13. Vou ser o centro das atenções
14. Não estou a ser natural
15. Vou tremer
16. Vão achar que só digo banalidades
17. Vão notar que estou a suar
18. Vou fazer uma figura ridícula
19. Vou ficar embaraçado(a)
20. Vão achar que sou inseguro(a)
21. Vou bloquear
22. Não sei o que hei-de dizer
23. Vou corar
24. Vão notar que não me sinto à vontade
25. Vão-me gozar
26. Vão achar que sou insignificante
27. Está toda a gente a olhar para mim
28. Vão reparar que não percebo nada deste assunto

[253] Um Protocolo para a Avaliação Clínica

A avaliação do grau de incapacitação na fobia social

A determinação do grau de interferência e incapacitação na vida diária, provocada pela ansiedade social, é um aspecto importante na avaliação clínica e investigação da fobia social por diversas razões. Em primeiro lugar, porque esta determinação permite uma avaliação mais rigorosa do significado clínico das dificuldades do doente e da severidade da fobia social. Em segundo lugar, porque é uma medida importante na avaliação dos resultados do tratamento, permitindo uma avaliação mais ecológica do significado das alterações induzidas pelo tratamento, isto é, em que medida a diminuição da ansiedade, experimentada nas situações sociais resultante do tratamento, tem um impacto significativo na vida do doente. Finalmente, também, na investigação, o grau de interferência e

incapacitação na vida diária permite comparar diferentes populações, bem como obter uma medida mais precisa do significado ecológico dos medos sociais identificados.

A Escala de Incapacitação de Sheehan (SDS; *Sheehan Disability Scale* - SDS; Sheehan, 1984), é uma escala frequentemente utilizada nos estudos de avaliação de resultados de tratamento farmacológico e psicoterapêutico na fobia social, o que nos levou a escolhê-la para o nosso protocolo de avaliação realizando a sua tradução e adaptação para português.

A Escala de Incapacitação de Sheehan

A Escala de Incapacitação de Sheehan (SDS; *Sheehan Disability Scale*, Sheehan, 1984) é formada por três itens que procuram avaliar o grau em que o problema de ansiedade social é incapacitante para o quotidiano do indivíduo, nomeadamente em relação a três áreas de vida: profissional, social e afectiva. Para responder às questões, o indivíduo dispõe duma escala que varia entre 0 e 10, em que 0 significa *Nada incapacitante* e 10 *Severamente Incapacitante*. A escala permite, assim, obter um índice de incapacitação em cada área avaliada: *Incapacitação no Trabalho*, *Incapacitação na Vida Social* e *Incapacitação na Vida*

[254] Capítulo 8

Afectiva, e um índice de *Total de Incapacitação* que resulta do somatório da incapacitação em cada área.

Na sua tradução e adaptação para português, mantivemos o formato original da escala introduzindo, apenas, pequenas alterações nas instruções de forma a melhor se adaptar à sua utilização na fobia social.

ESCALA DE INCAPACITAÇÃO DE SHEEHAN NA ANSIEDADE SOCIAL
SHEEHAN DISABILITY SCALE (SDS; Sheehan, 1984) (Traduzida e adaptada por Pinto-Gouveia, Cunha e Salvador, 1997)

INSTRUÇÕES

Caso tenha identificado situações que evita ou que lhe provocam desconforto, avalie o grau com que o desconforto e o evitamento interfere na sua vida, utilizando a escala de 0 a 10, a seguir apontada.

Descrição da escala

Linha recta dividida em 10 traços

De 0 a 1 – nada incapacitante

De 1 a 3 – ligeiramente incapacitante

De 4 a 6 – moderadamente incapacitante

De 7 a 9 – marcadamente incapacitante

10 – severamente incapacitante

Trabalho/estudos

Neste momento, de que forma é que o seu trabalho ou estudos são prejudicados devido aos seus problemas? (0-10)

Vida social/convívio com amigos

Neste momento de que forma é que a sua vida social /convívio com amigos é prejudicado devido aos seus problemas? (0-10)

Vida afectiva/arranjar namorado(a) ou companheiro(a)

Neste momento de que forma é que a sua vida afectiva /arranjar namorado(a) ou companheiro(a) é prejudicado devido aos seus problemas? (0-10)

[255] Um Protocolo para a Avaliação Clínica

Conclusões

Neste capítulo são apresentadas quatro escalas de auto-resposta ara avaliação da fobia social.

A *Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social* (EAESDIS) destina-se a avaliar o desconforto e evitamento em 44 situações sociais. As duas subescalas que a constituem, a *Subescala de Desconforto* e a *Subescala de Evitamento* possuem uma elevada consistência interna, boa fidelidade temporal e discriminam os fóbicos sociais de doentes com outros distúrbios ansiosos e da população normal (Pinto-Gouveia, Cunha e Salvador, em preparação).

A *Escala de Comportamentos de Segurança na Ansiedade Social* (ECSAS) é uma escala de auto-resposta destinada a avaliar os comportamentos de segurança em situações sociais recedadas, isto é, o conjunto de comportamentos que os indivíduos com ansiedade social utilizam nas situações sociais, para prevenir comportamentos que antecipam originarem avaliações negativas pelos outros (tremar, corar, mostrarem-se ansiosos, etc.).

A escala possui 17 itens que representam comportamentos cobertos, e comportamentos verbais e não verbais de segurança frequentemente utilizados pelos indivíduos com ansiedade social elevada. A consistência interna da escala para os 15 primeiros itens é boa, assim como a sua fidelidade temporal. A pontuação total dos 15 primeiros itens discrimina a população de fóbicos sociais de doentes com outros distúrbios ansiosos e da população normal (Pinto-Gouveia, Cunha e Salvador, em preparação).

Os dois itens finais da escala (16 e 17) foram acrescentados posteriormente, e a sua correlação item-total e o seu reflexo sobre a consistência interna da escala estão ainda a ser investigados. A utilização da pontuação total da escala para fins de investigação deverá, deste modo, incluir apenas os 15 itens iniciais, até as propriedades psicométricas da versão de 17 itens estarem devidamente estudadas.

A *Escala de Pensamentos Automáticos na Ansiedade Social* (EPAAS) é uma escala de auto-resposta com 28 itens que descrevem pensamentos automáticos frequentes

nos fóbicos sociais, quando ansiosos. A sua consistência interna é elevada, e a pontuação total da

[256] Capítulo 8

escala discrimina a população de fóbicos sociais dos doentes com outros distúrbios ansiosos e da população normal (Pinto-Gouveia, cunha e Salvador, em preparação).

A *Escala de Incapacitação de Sheehan na Ansiedade Social*, é uma adaptação da *Sheehan Disability Scale* (Sheehan, 1984) para a avaliação do grau em que o problema de ansiedade social é incapacitante para o quotidiano do indivíduo em relação a três áreas de vida: profissional, social e afectiva. A escala é formada por três itens que permitem obter um índice de incapacitação em cada área avaliada: *Incapacitação no Trabalho*, *Incapacitação na Vida Social* e *Incapacitação na Vida Afectiva* e um índice de *Total de Incapacitação* que resulta do somatório da incapacitação em cada área.

Embora as escalas EAESDIS, ECSAS e EPAAS avaliem aspectos diferentes da ansiedade social, e tenham sido construídas para utilização independente, pensamos que a sua utilização conjunta é especialmente útil na avaliação clínica e investigação, ao permitir recolher informação acerca de diferentes níveis de funcionamento do fóbico social. A identificação das situações sociais receadas e o grau de desconforto e evitamento nessas situações (EAESDIS) é fundamental quer para o diagnóstico quer para a intervenção terapêutica e avaliação dos resultados dessa intervenção. A identificação dos comportamentos de segurança (ECSAS) é um dado relevante para a intervenção terapêutica, pois a sua eliminação aumenta a eficácia da exposição, no tratamento da fobia social. A identificação dos pensamentos automáticos (EPAAS) permite avaliar o conteúdo do pensamento do fóbico social nas situações receadas e possíveis enviesamentos na forma como processa a informação social, dados importantes para exploração clínica na entrevista e para a intervenção terapêutica.

As boas características psicométricas das três escalas sugere que elas poderão ser instrumentos muito úteis na avaliação e investigação da fobia social.

Referências

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

[257] Um Protocolo para a Avaliação Clínica

Dodge, C. S., Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (1988). Evaluation of the Social Interaction Self-Statement Test with a social phobic population. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 211-222.

Hackman, A., Surawy, C., & Clark, D. M. (1998). Seeing yourself through others' eyes: a study of spontaneous occurring images in social phobia. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 26, 3-12.

Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.

- Marks, I. M., & Mathews, A. M. (1979). Brief standard rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, *17*, 263-267.
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1989). *Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety*. Unpublished manuscript.
- Mattick, R. & Clarke, J. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behav. Res. Ther.*, *36*, 455-470.
- Mattick, R. P., & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 251-260.
- Mattick, R. P., Peters, L., & Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy*, *20*, 3-23.
- Pinto-Gouveia, Cunha, M., & Salvador, M. C. (em preparação). *A Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social*.
- Pinto-Gouveia, Cunha, M., & Salvador, M. C. (em preparação). *A Escala de comportamentos de Segurança na Ansiedade Social*.
- Pinto-Gouveia, Cunha, M., & Salvador, M. C. (em preparação). *A Escala de Pensamentos Automáticos na Ansiedade Social*.
- Rapee, R. (1995). Descriptive Psychopathology of Social Phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope and F. R. Schneier (Eds), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. Guilford Press, New York.
- Safren, S. A., Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1999). Factor structure of social fears: The Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, *13*, 252-270.
- Sheehan, D. (1984). *The anxiety disease*. New York: Scribner.
- Slavkin, S.L., Holt, C. S., Heimberg, R. G., Jaccard, J. J., & Liebowitz, M. R. (1990). *The Liebowitz Social Phobia Scale: An exploratory analysis of construct validity*. Paper presented at the 24th annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Francisco, CA..
- Stopa, L., & Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *31*, 255-267.
- Turner, S. M., & Beidel, D. C. (1988). Some further comments on the measurement of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *26*, 411-413.
- Turner, S.M., Beidel, D. C., & Larkin, K. T. (1986). Situational determinants of

[258] Capítulo 8

- social anxiety in clinic and non-clinic samples: Physiological and cognitive correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*, 523-527.
- Turner, S. M., McCanna, M., & Beidel, D. C. (1987). Discriminative validity of the Social Avoidance and Distress and Fear of Negative Evaluation Scales. *Behaviour Research and Therapy*, *25*, 113-115.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety

Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 35-40.

Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.

Wells, A., Clark, D. M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A., & Gelder M. G. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy*, 26, 153-161

[259]

Capítulo 9

AVALIAÇÃO DO PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÃO NA FOBIA SOCIAL

Maria do Céu Salvador

O paradigma de processamento de informação

O desenvolvimento de tecnologia informática nos anos 50 forneceu aos psicólogos cognitivos uma metáfora para pensarem a actividade psicológica. Desta forma, influenciado pela analogia cérebro-computador, nasceu o paradigma de processamento de informação, uma abordagem conceptual actualmente dominante na psicologia cognitiva. Este paradigma, surgido no contexto da psicologia cognitiva experimental, assume que o funcionamento humano pode ser conceptualizado e compreendido em termos de como a informação externa e interna é processada e utilizada (Ingram & Kendall, 1986).

O paradigma do processamento de informação assume que as operações mentais subjacentes tanto à cognição como à emoção dependem da aquisição, transformação e armazenamento de informação acerca do mundo, dos outros e de nós próprios, em módulos especializados mas inter-relacionados. É ainda assumido que diferentes módulos dentro do sistema, devem ser capazes de processar informação em paralelo, de forma a que diferentes aspectos de um acontecimento possam ser simultaneamente processados. No entanto, alguns processos devem depender de operações sequenciais, uma vez que existem processos que não podem começar até que recebam os resultados

[260] Capítulo 9

de processos anteriores (Mathews, 1997). Parecem, então, existir dois sistemas diferentes de processamento; falaremos deles em seguida.

Dois sistemas cognitivos: processamento automático vs processamento estratégico

O paradigma de processamento de informação refere que muitas das operações cognitivas podem ocorrer fora do domínio da consciência, pressupondo mesmo que a maioria das operações mentais rotineiras ocorrem de forma automática e não-consciente. Não obstante, alguns produtos destes processos rotineiros podem atingir a consciência e permitir a operação de processos conscientemente controlados (por ex., reflectir acerca de

um problema). Surge, assim, uma distinção entre um processamento automático, que opera fora do domínio consciente (e, portanto, fora do controlo do indivíduo) e um processamento estratégico, controlado, consciente. O processamento automático é rápido, requer uma atenção ou um esforço mínimos para se efectuar, ocorre em paralelo englobando muitos canais sensoriais diferentes sem perda de eficiência (por ex., conduzir um veículo e pensar num problema económico), é utilizado para tarefas conhecidas, é involuntário (no sentido de que pode ser activado sem que o indivíduo tenha intenção ou consciência disso e de que é difícil suprimi-lo uma vez activado), e, tipicamente, não é acessível à introspecção consciente (Schneider *et al.*, 1984 in Ohman, 1996). O processamento estratégico é governado pelas intenções, requer esforço, opera sequencialmente (e não em paralelo) pelo que tem uma capacidade limitada (no sentido em que se verifica uma interferência marcada entre tarefas controladas estrategicamente - por ex., pensar num problema económico e envolver-se numa conversa com um amigo), está mais acessível à consciência e é mais flexível, permitindo-se ser activado, alterado e adaptado para lidar eficazmente com situações novas para as quais os processos automáticos não foram desenvolvidos (*idem*; Williams *et al.*, 1997). Na vida de todos os dias, o processamento varia entre estes níveis, sendo o processamento automático continuamente desencadeado

[261] Um Protocolo para a Avaliação Clínica

eo processamento estratégico chamado a actuar quando é assinalada uma situação mais exigente, nova ou de maior importância.

Limitações de capacidade e processamento selectivo

Uma característica comum a todos os mecanismos de processamento de informação é a de que eles são, em maior ou menor grau, limitados em capacidade de processamento. Diversos autores tentaram conceptualizar estas limitações, enfatizando a disponibilidade limitada de recursos, a competição entre tarefas que requerem os mesmos mecanismos de processamento de informação e limitações na capacidade de coordenar paralelamente múltiplos processos cognitivos (para uma revisão, ver Williams *et al.*, 1997).

Uma vez que a quantidade de informação disponível é extremamente elevada, seja qual for a natureza das limitações da capacidade de processamento, é inevitável que elas conduzam a uma competição entre informação a ser processada, assumindo-se que deverão existir mecanismos que determinem a selecção da informação a ser processada (ou seja, que "escolham" a informação que será processada num dado momento). Desta forma, só alguma informação será processada completamente; a restante, ou sê-lo-á parcialmente ou será ignorada. É neste processamento selectivo que surge o conceito de "enviezamento", utilizado para descrever uma preferência sistemática para dar prioridade ao processamento ou para determinar a rejeição de determinado tipo de informação (nomeadamente, informação com significado emocional) (Mathews, 1997).

Sistema taxonómico

Este paradigma oferece um sistema taxonómico que tem a função de organizar a multiplicidade de construtos utilizados em vários modelos cognitivos. Desta taxonomia fazem parte três conceitos essenciais: estruturas cognitivas, operações cognitivas e produtos cognitivos (Ingram & Kendal, 1986).

[262] Capítulo 9

As estruturas cognitivas, resultantes de factores biológicos (filogenéticos) e das aprendizagens efectuadas pelo indivíduo ao longo do seu percurso de vida (factores ontogenéticos), podem ser definidas como a arquitectura do sistema. É nestas estruturas que a informação é internamente organizada, representada e armazenada, sendo elas que, através da informação que contêm, permitem a atribuição de significado ao que nos rodeia e acontece. Assim, da mesma forma que as palavras e objectos são reconhecidos e codificados de acordo com representações conceptuais particulares, também acontecimentos, conversas, histórias são interpretadas e recordadas, de acordo com estruturas de memória mais amplas denominadas esquemas. Os esquemas, tácitos por definição, podem incluir representações de objectos particulares, acontecimentos ou sequências de acontecimentos, situações, procedimentos, exemplos e relações entre exemplos. Sendo responsáveis pela condução do processamento de informação, influenciam processos como atenção, codificação, armazenamento e recuperação pela memória. Esta influência sobre os processos cognitivos deriva do facto de o esquema, uma vez activado, seleccionar, codificar, armazenar e recuperar apenas informação congruente com o seu conteúdo (ignorando informação incongruente). Uma das vantagens dos esquemas é a de facilitarem a aprendizagem, reconhecimento, recordação, e compreensão de informação relacionada com o próprio esquema. São também os esquemas que nos ajudam a preencher lacunas de informação e que permitem fazer previsões acerca do mundo. Ao mesmo tempo, estas vantagens podem tornar-se desvantagens, principalmente se o esquema já não é relevante para a situação actual e, apesar disso, continua a dirigir o processamento de informação. Este aspecto é tanto mais disfuncional quanto a activação de um esquema implica também a inibição de outros esquemas competitivos (Mandler, 1985), os quais poderiam ser mais indicados para o processamento dessa mesma informação.

As operações cognitivas consistem em vários procedimentos através dos quais os vários componentes do sistema cognitivo interagem, de modo a processarem informação. São orientadas pelas estruturas e dão origem aos produtos. Exemplos de operações cognitivas incluem a atenção, a codificação e a recuperação de informação entre

[263] Avaliação do Processamento de Informação na Fobia Social

muitos outros (Ingram & Kendall, 1986). Distorções e outras imprecisões podem ocorrer na percepção ou memória resultantes de um emparelhamento impreciso entre a experiência/informação e o esquema mais relevante na memória.

Finalmente, os produtos cognitivos podem ser vistos como cognições ou pensamentos que resultam da interacção da informação com as estruturas e operações cognitivas (*idem*).

Cognição e emoção

Uma questão crítica subjacente a toda esta discussão refere-se ao facto de as emoções poderem ser desencadeadas pela operação de processos cognitivos. Embora várias teorias cognitivas defendam que o estado emocional depende da forma como avaliamos os acontecimentos (por ex., Ellis, 1962; Beck *et al.*, 1985), outros autores (por ex., Zanonc, 1980, 1984) defendem que a emoção é potencialmente independente da cognição. Esta controvérsia parece ser gerada pela definição de "cognição" como algo consciente, podendo ser ultrapassada se considerarmos a existência de uma sistema cognitivo que opera fora dos limites da consciência (o processamento automático). Na verdade, se algumas emoções (por ex., o orgulho) podem depender de pensamentos conscientes, é menos óbvio que tal aconteça com todos os estados emocionais. No entanto, é possível que todas as emoções normais resultem de avaliações cognitivas dos acontecimentos mas que os processos envolvidos no desencadear destas emoções sejam automáticos e não-conscientes. Somente quando se toma consciência do resultado de processos automáticos de génese emocional, sob a forma de pensamentos e sentimentos conscientes, é que se dispõe de algum grau de controlo intencional sobre este mesmo resultado. Se assim for, os distúrbios emocionais poderiam ser conceptualizados como o produto de avaliações não-conscientes, que se tomaram suficientemente fortes para se sobreporem às nossas tentativas conscientes de as controlar (Mathews, 1997). Abordaremos a conceptualização dos distúrbios emocionais em seguida.

[264] Capítulo 9

Processamento de informação e psicopatologia

Processamento de informação e distúrbios emocionais

A teoria cognitiva dos distúrbios emocionais está ancorada no modelo de processamento de informação tal como foi desenvolvido pela psicologia cognitiva.

A terapia cognitiva de Beck (Beck, 1976; Beck *et al.*, 1979; Beck *et al.*, 1985; Beck & Freeman, 1990; Beck, 1996) é, essencialmente, uma teoria esquemática, que conceptualiza os distúrbios emocionais como resultando de esquemas distorcidos e mal-adaptativos que enviezam a percepção e o pensamento. Refinando a sua teoria, Beck desenvolve o conceito de "modo". Os modos são sub-organizações específicas adentro da organização da personalidade que incorporam os componentes mais relevantes do sistema básico da personalidade: cognitivo (ou do processamento de informação), afectivo, comportamental e motivacional (Beck, 1996). O autor concebe cada um destes sistemas como sendo composto por estruturas ou esquemas. Os modos têm como função lidar com problemas e/ou necessidades específicos. Os modos primários, com maior interesse para o estudo da psicopatologia, incluem vestígios de antigas organizações que evoluíram em circunstâncias pré-históricas e que se manifestam por reacções de sobrevivência. Os seus conteúdos - por exemplo, medo, ansiedade, impulso para a fuga - são experienciados como reacções reflexas a situações vitais. Outros modos são menos preemptórios e são activados

por circunstâncias menos drásticas, incluindo situações prosaicas como estudar ou ver televisão.

Cada um dos distúrbios emocionais pode ser caracterizado em termos de um modo primário específico que activa vários sistemas (incluindo a cognição, o afecto, a motivação e o comportamento). Devido a uma selecção e processamento de informação enviesados, a pessoa incorre em erros conceptuais, tais como interpretações erróneas, obregeneralizações, abstracções selectivas, etc. Estes enviesamentos podem ser encontrados em qualquer estágio do processamento cognitivo - desde a percepção ou selecção preferencial de certos estímulos à interpretação e recordação - e resultam da activação dos esquemas

[265] Avaliação do Processamento de Informação na Fobia Social

tácticos relevantes para o conteúdo do *modo* e da desactivação de esquemas consistentes com este (Beck, 1996).

Como resultado da interacção entre os esquemas disfuncionais, as operações (ou processos) cognitivas disfuncionais e a informação, surgem os produtos cognitivos, que Beck e cols. (1979) denominaram por pensamentos automáticos negativos. Estes têm como característica serem congruentes com o conteúdo do esquema hipervalente e serem de fácil acesso à consciência.

Processamento de informação e distúrbios de ansiedade

Relativamente aos distúrbios de ansiedade, o modelo cognitivo de Beck sugere que os doentes ansiosos possuem crenças particulares acerca de potenciais perigos, que originam uma sensação intensa e generalizada de vulnerabilidade, com a conseqüente motivação para a defesa, fuga ou inibição (Beck *et al.*, 1985). A estas crenças chamou Beck "esquemas de perigo" e mais tarde "modo de perigo" (que incluiria esquemas cognitivos, afectivos, motivacionais e comportamentais). Para entendermos os distúrbios de ansiedade devemos entender os sintomas como expressões de funções psicológicas básicas. Assim, quando uma ameaça é percebida, os esquemas cognitivos relevantes para as características e contexto do acontecimento ameaçador são activados e utilizados para avaliar e atribuir significado ao acontecimento, sendo a interpretação final o resultado da interacção entre o acontecimento e o esquema. Em condições normais, a activação da configuração cognitivo-afectivo-comportamental facilita a adaptação e a resolução de problemas. Neste contexto, os sintomas de ansiedade (cognitivos, emocionais, comportamentais e fisiológicos) fazem parte de quatro sistemas funcionais coordenados para produzir respostas adaptativas a situações de perigo, existindo uma interacção recíproca entre o que o indivíduo acredita e espera ser eficaz e o grau de mobilização deste mecanismo primário de auto-protecção. Então, os sintomas num distúrbio de ansiedade seriam uma resposta inapropriada numa estimativa exagerada do grau de perigo numa dada situação e numa estimativa demasiado baixa da sua capacidade

[266] Capítulo 9

de ter um desempenho adequado. O distúrbio de ansiedade representa um mau funcionamento do sistema na activação e terminus da resposta à ameaça, uma resposta mal-adaptativa que pode ser compreendida como um domínio dos mecanismos primários sobre outros mais adaptativos, devido ao facto de o sistema cognitivo primitivo ser activado e permanecer hiperactivo. Seria a sobreactivação desta estrutura a responsável pelo processamento/interpretação de cada vez mais informação relacionada com perigo pessoal, favorecendo e aumentando o processamento de pistas de ameaça congruentes com conteúdo do esquema, sendo hipersensível a estímulos de ameaça e hipossensível a estímulos de segurança. O doente presta mais atenção a estímulos ameaçadores (atenção selectiva), subestima os aspectos positivos dos seus recursos pessoais (minimização), foca-se nas suas fraquezas para construir uma imagem de si (abstracção selectiva), vê uma pequena falha como um grande problema (magnificação), cada erro como uma premonição de uma grande catástrofe (catastrofização) e recorda mais facilmente experiências negativas (memória selectiva). Este padrão de selectividade seria automático, no sentido de não reflectir qualquer estratégia intencionalmente mediada pela consciência.

Processamento de informação e fobia social

Para os fóbicos sociais, o modo de perigo predominante é o de vulnerabilidade à avaliação negativa dos outros em situações sociais (Beck *et al.*, 1985). Estas situações sociais são percebidas como desafios ou confrontos em que o sujeito assume que deve provar quanto vale perante o avaliador e que deve esconder os seus supostos defeitos, incapacidades e ignorância. Assume, ainda, que os outros procurarão descobrir e revelar essas fraquezas (reparando em qualquer deslize, falha ou sinal de nervosismo), pelas quais será inferiorizado e ridicularizado. A sua vulnerabilidade é aumentada por dúvidas acerca de possuir ou não as capacidades necessárias para ganhar a aprovação dos outros, por regras rígidas acerca do que deve ser o comportamento social e por exagero das consequências do fracasso.

[267] Avaliação do Processamento de Informação na Fobia Social

Também Clark e Wells (1995), numa síntese de vários modelos, incluindo o modelo de Beck, postulam que os fóbicos sociais formam um conjunto de crenças acerca de si próprios e das situações sociais¹ voltar que os leva a interpretar que estão em perigo quando estão em situações sociais. Mais especificamente, Clark e Wells postulam que, quando entram em situações sociais, os fóbicos sociais acreditam que (1) correm o perigo de se comportarem de uma forma desadequada e inaceitável e que (2) esse comportamento terá consequências desastrosas, tais como a perda do *status* ou de valor pessoal e a rejeição. Conceptualizando a situação deste modo, é activado um programa automático de ansiedade, provavelmente herdado de um passado de evolução filogenética, cuja função no ambiente primitivo seria lidar com a ameaça intra-espécie (Trower & Gilbert, 1989). Os fóbicos sociais seriam, então, caracterizados por um modo de defesa "agónico", que os leva a perceber os outros como hostis e dominantes, a recear deles uma avaliação negativa - o perigo das relações sociais - e a responder com ansiedade e comportamentos de

concordância e submissão ou, num extremo de distúrbio, com comportamentos de fuga ou evitamento (ver cap. 6 deste livro).

Então, e de acordo com a activação deste esquema ou modo de vulnerabilidade, todo o processamento de informação social seria influenciado, sendo dada prioridade à selecção, codificação e recordação

[268] Avaliação do Processamento de Informação na Fobia Social

de material congruente com o conteúdo esquemático. Desta forma, seria de esperar que o fóbico social estivesse hipervigilante a pistas relacionadas com a possibilidade de uma avaliação *negativa*², voltar interpretasse negativamente pistas neutras ou moderadamente positivas, ignorasse pistas de segurança; minimizasse os seus recursos para lidar com a situação, maximizasse o perigo desta e recordasse preferencialmente insucessos sociais passados. Todo este processamento enviesado seria responsável por gerar pensamentos automáticos negativos e níveis de ansiedade disfuncionais e por colocar em acção mecanismos comportamentais, formando um quadro típico de fobia social e contribuindo para a sua manutenção.

Metodologias derivadas do paradigma do processamento de informação na avaliação da fobia social

As limitações dos auto-relatos

A moderna ciência cognitiva diz-nos, como acabámos de ver, que muito do que habitualmente se denomina "cognitivo" se encontra abaixo dos limites de consciência, afirmação que reflecte um crescente número de demonstrações do processamento mental inconsciente, tanto derivadas da literatura cognitiva como neuropsicológica (ver Tatarzyn *et al.*, 1989, para uma revisão). Estes dados indicam que muitos dos antecedentes das nossas emoções e comportamentos podem ser cognitivos - resultando de complexos processos mentais - e não estarem imediatamente acessíveis à introspecção consciente. Por outras palavras, um número significativo de processos cognitivos não é acessível à consciência ou, pelo menos, não existe sob uma forma que possa ser verbalizada. A terminologia que tem sido utilizada para fazer esta distinção diferencia processos cognitivos explícitos (os que são conscientes) e implícitos (os que não são).

[269] Avaliação do Processamento de Informação na Fobia Social

Os pressupostos subjacentes aos modelos cognitivos mais recentes aplicados à psicologia clínica contêm ambas as formas de processamento - ao mesmo tempo que enfatizam a importância das atitudes e expectativas que o doente consegue, conscientemente, relatar, enfatizam, também, regras e crenças nucleares tácitas que orientam o comportamento do indivíduo. Assim, também as respostas emocionais podem ser desencadeadas por mecanismos dos quais o sujeito não *consciência*³. voltar Nos doentes com distúrbios emocionais é frequente assistir-se a uma dissociação parcial entre um sistema mais automático e outro mais racional. Um bom exemplo disso são as fobias, em

que o indivíduo sabe, racionalmente, que não existe razão para ter medo (por ex., numa fobia social, que não há razão para ter medo da avaliação negativa de um empregado numa loja de roupa), considerando a sua fobia como estúpida e irracional e, na presença do objecto ou situação receada, não consegue evitar ficar automaticamente assustado. Estes exemplos apoiam a hipótese de que as respostas dos fóbicos podem ser activadas a um nível não-consciente de processamento de informação, o que fornece uma explicação para a "irracionalidade" das fobias (em que a resposta de medo é refractária a argumentos racionais que acentuam o carácter inócuo da situação ou objecto fóbico) (Ohman & Soares, 1994). Deste modo, os distúrbios psicológicos podem durar meses, anos ou toda uma vida devido à actuação das estruturas e mecanismos de processamento automáticos e tácitos: Estes, sendo responsáveis por enfiamentos sistemáticos no processamento de informação,

[270] Capítulo 9

favorecem a atenção, retenção, codificação, armazenamento e recuperação de informação congruente com as estruturas cognitivas disfuncionais activadas, em detrimento de informação que as poderia desconfirmar.

Não obstante a consideração de que as estruturas cognitivas são tácitas e inconscientes, a investigação e avaliação clínicas dos processamentos cognitivos nos distúrbios de ansiedade em geral e na fobia social em particular, concentrou-se nos conteúdos do pensamento, fazendo uso de entrevistas estruturadas e questionários de auto-resposta, metodologias que se baseiam na consciência que o indivíduo tem dos aspectos da sua perturbação para poder relatá-los. Para além disto as pessoas possuem crenças particulares que podem ser incorrectas ou falsas crenças acerca dos seus processos de pensamento. Quando se quer, então, estudar o auto-conhecimento ou os processos de pensamento de alguém, é preciso ter presente que não só as pessoas podem não estar conscientes destes processos, como podem fornecer um relato falso, baseadas nas suas crenças desadequadas (Evans, 1989).

Embora os dados resultantes deste tipo de avaliação forneçam suporte indirecto para os modelos cognitivos deste tipo de distúrbio, as respostas assim obtidas podem estar enviesadas e, mesmo que assim não seja, apenas conseguem captar os aspectos conscientes da cognição, passíveis de serem verbalizados (os pensamentos automáticos), deixando de lado aspectos importantes das operações esquemáticas, não acessíveis à introspecção e à auto-resposta. Assim, a avaliação de auto-verbalizações não testa directamente a noção de esquema, uma vez que apenas examina o conteúdo da actividade cognitiva (aspecto consciente) e não o estilo de processamento de informação (aspecto tácito), tomando-se importante completar esta lacuna da avaliação com métodos provenientes de outros paradigmas.

A alternativa - metodologias derivadas do paradigma de processamento de informação

Na procura de metodologias que permitissem investigar e avaliar os aspectos mais tácitos da actividade cognitiva, verificou-se uma

[271] Avaliação do Processamento de Informação na Fobia Social

viragem para a psicologia cognitiva experimental e para os paradigmas utilizados por esta, nomeadamente os paradigmas de processamento de informação. Estes paradigmas permitem uma abordagem directa dos processos cognitivos, por permitirem a activação das estruturas cognitivas responsáveis por eles. Utilizam metodologias que não requerem introspecção e não estão limitados às cognições conscientes, evitando assim as tautologias implícitas nos questionários de auto-resposta. Desta forma, permitem abordar a maneira como o indivíduo selecciona, organiza e recupera informação, de acordo com as suas estruturas tácitas.

Dois processos que, supostamente, reflectem ou são afectados pelas operações esquemáticas são a atenção e a memória. São então estes dois processos que os investigadores têm tentado estudar, para estabelecerem indirectamente a existência e especificidade das estruturas responsáveis por estas operações. Abordando estes dois processos, atenção e memória, os estudos realizados têm utilizado duas vias diferentes de investigação:

- Uns têm examinado processos de codificação, dando particular ênfase ao papel dos aspectos perceptuais do estímulo e à atenção selectiva.
- Outros têm investigado processos semânticos, em particular a recuperação pela memória e o reconhecimento de estímulos, processos determinados pela memória semântica e que, presumivelmente, guiam a selecção de estímulos para codificação a longo-prazo.

Desta forma, o processamento cognitivo enviesado nos distúrbios de ansiedade tem sido investigado recorrendo a várias tarefas derivadas dos paradigmas de processamento de informação. São exemplos destas o teste de Stroop modificado, a tarefa de audição dicótica, tarefas de recordação, tarefas com palavras homófonas de palavras de ameaça, tarefas de *dot-probe*, tarefas de decisão léxica e/ou de decisão semântica, tarefas de memória utilizando listas de adjectivos auto-referentes ou listas de palavras com diferentes conteúdos afectivos, complemento de frases, entre outras (ver Mineka & Sutton, 1992 e Mathews, 1997, para uma revisão). É destas metodologias de investigação aplicadas à fobia social que nos ocuparemos em seguida.

[272] Capítulo 9

Enviezamentos da atenção

A atenção selectiva a estímulos ameaçadores é considerada um enviezamento importante num distúrbio ansioso, contribuindo para a sua manutenção. Se o indivíduo selecciona do meio estímulos congruentes com o esquema de perigo activado, maior se toma a probabilidade de os interpretar como sinais evidentes de perigo, aumentando a sua preocupação e ansiedade e contribuindo para que mantenha expectativas distorcidas acerca da probabilidade de ocorrência ou da severidade dos acontecimentos temidos. Por outro lado, um enviezamento da atenção para informação ameaçadora pode fazer com que a

detecção de um potencial perigo ocorra muito cedo, facilitando reacções de evitamento que também estão na base da manutenção do distúrbio.

O teste de Stroop modificado

O paradigma mais utilizado na investigação dos distúrbios de ansiedade é a tarefa de Stroop modificada. A tarefa original de Stroop (Stroop, 1935, *in* Heimberg, 1994) consistia em pedir aos sujeitos que nomeassem as cores de palavras que lhes eram apresentadas, sendo que estas palavras eram nomes de cores. Assim, se a palavra "vermelho" aparecesse na cor verde, o sujeito deveria responder "verde". Era verificado um aumento dos tempos de latência da nomeação das cores, quando a leitura das palavras (irrelevante para a tarefa) interferia com esta tarefa. Stroop interpretou este efeito de interferência como um exemplo de competição cognitiva e de como esta competição retardava a nomeação correcta das cores. Todos os investigadores a partir de Stroop verificaram que os sujeitos demoram mais tempo a nomear a cor quando o item é um nome de uma cor diferente (ver MacLeod, 1991, para uma revisão), tendo sido sugerido que a tarefa de Stroop constitui um instrumento valioso para examinar processos cognitivos envolvidos nos distúrbios emocionais (Segal, 1988; Williams *et Al.*, 1996).

Como na maioria da investigação em psicopatologia, o foco de interesse não são efeitos de interferência de estímulos gerais na atenção,

[273] Avaliação do Processamento de Informação na Fobia Social

mas sim potenciais enviesamentos da atenção para estímulos específicos, a tarefa de Stroop foi modificada para utilizar estímulos "emocionais" como estando relacionados com o distúrbio particular que se pretende estudar. Esta transformação deu origem ao teste emocional de Stroop" ou "teste de Stroop modificado", que utiliza, para além de palavras emocionais, palavras neutras e/ou positivas como estímulos de controlo, para comparar o desempenho entre sujeitos com determinado distúrbio psicológico e sujeitos com distúrbios diferentes daquele que se pretende estudar ou sem qualquer distúrbio psicológico. A selecção das palavras "emocionais" é feita considerando o que será consistente com o esquema hipoteticamente na base desse distúrbio e, portanto, consistente com a patologia específica a estudar.

No teste de Stroop modificado são, então, apresentadas aos sujeitos palavras de diferentes valências emocionais (negativas, neutras ou positivas; por ex., estúpido, almofada, óptimo, respectivamente), escritas em várias cores. As palavras têm sido apresentadas em bloco (por categoria), com cartões ou num écran de computador, ou individualmente num écran de computador. Ao sujeito é pedido que nomeie a cor em que cada palavra está impressa tão rapidamente quanto possível, ignorando o significado dessa palavra. Como a capacidade de atenção é limitada, é suposto o desempenho na nomeação da cor deteriorar-se se o significado da palavra exigir atenção. Quanto mais o sujeito demora a nomear a cor, mais se supõe que a atenção é deslocada automaticamente para o significado da palavra (não obstante a instrução para prestar atenção apenas à cor), por esta palavra ser relevante ou congruente com o esquema de ameaça específico. Por outras

palavras, o processo de nomear a cor é lentificado pela interferência originada pelo significado da palavra, um efeito semelhante ao descrito por Stroop.

Diversos estudos, utilizando este teste em vários distúrbios psicológicos, têm confirmado que os doentes de cada distúrbio mostram latências maiores para estímulos relacionados com o seu distúrbio particular do que para estímulos neutros (ver Salvador, 1997, para uma revisão). Mathews (1990) interpretou os resultados no teste de Stroop modificado, sugerindo que as palavras são automaticamente

[274] Capítulo 9

processadas para atribuição de significado mas que este significado é desprezado se for irrelevante para a tarefa. No entanto, ao contrário dos sujeitos normais, os doentes ansiosos têm dificuldade em rejeitar o significado destas palavras se ele estiver relacionado com as suas dificuldades; conseqüentemente, o seu desempenho na nomeação da cor é afectado. Por outras palavras, a lentificação na nomeação da cor das palavras de ameaça é interpretada como representando um enviesamento da atenção para material ameaçador, prejudicando desempenho na tarefa. No entanto, o mecanismo exacto do efeito de Stroop permanece pouco claro e aberto ao debate (ver MacLeod, 1991 e Wells & Mathews, 1994, para revisões).

Na fobia social, foram realizados quatro estudos utilizando o teste de Stroop modificado - Hope *et al.*, 1990; Mattia *et al.*, 1993; McNeil *et al.* 1995; e Salvador e Pinto Gouveia, 1998 - utilizando palavras de ameaça, relacionadas com humilhação ou desvalorização social.

Hope *et al.* (1990) compararam o tempo de latência de resposta ao nomear a cor de palavras de ameaça social, de ameaça física, palavras neutras, nomes de cores e grupos de XXX em indivíduos com fobia social e com distúrbio de pânico. De acordo com as previsões, os fóbicos sociais demonstraram maiores latências nas palavras de ameaça social (ex. estúpido, ridículo, inferior) do que nas palavras neutras. Não se encontrou este padrão nos indivíduos com pânico. Mais ainda, os fóbicos sociais não responderam com latências aumentadas para palavras de ameaça física. Estes dados foram replicados no mesmo laboratório por Mattia *et al.* (1993), que compararam fóbicos sociais e controlos normais nas respostas a palavras relacionadas com ameaça social, palavras relacionadas com pânico e palavras neutras. Mais uma vez os fóbicos sociais se distinguiram pelo seu tempo de reacção particularmente lento para palavras de ameaça social. Estes dados suportam a noção de Beck (Beck *et al.*, 1985) de que os auto-esquemas destes indivíduos facilitarão o processamento de estímulos relacionados com o domínio específico da sua vulnerabilidade - preocupação com a avaliação negativa e desadequação social -/ sugerindo que o teste de Stroop modificado é uma medida de confiança deste enviesamento. Mattia *et al.* (1993) mostraram ainda que, após o

[275] Avaliação do Processamento de Informação na Fobia Social

tratamento cognitivo-comportamental, os fóbicos sociais demonstravam interferências menores do que aquelas que haviam manifestado no pré-tratamento, sugerindo que o enviezamento anterior teria sido “corrigido” durante o tratamento.

Na mesma linha de pensamento, seria de esperar que indivíduos fóbicos sociais com diferentes subtipos de ansiedade social respondessem de forma diferente a palavras de ameaça social. Especificamente a latência deveria ser maior para aquelas palavras especialmente relacionadas com o subtipo específico de fobia social apresentado. Com efeito, McNeil *et al.* (1995) confirmaram esta hipótese, ao compararem doentes com diferentes subtipos de ansiedade social e ao verificarem que eles se distinguíam pelas latências apresentadas às diferentes palavras de ameaça. Os indivíduos com fobia social generalizada respondiam com tempos de latência maiores a palavras de ameaça social mais gerais do que indivíduos com fobia social específica (a falar em público). Os dois subtipos eram equivalentes no tempo de resposta a palavras de ameaça relacionadas com falar em público e com avaliação social negativa.

Salvador e Pinto Gouveia (1998), utilizaram palavras de ameaça social, palavras positivas relacionadas com ameaça social, palavras positivas não relacionadas com ameaça social (todas equivalentes, em grau de emocionalidade, às palavras negativas de ameaça social) e palavras neutras, tendo verificado que os fóbicos sociais respondiam com tempos de latência aumentados a palavras semanticamente relacionadas com ameaça social, quer fossem negativas quer fossem positivas. Estes resultados foram interpretados como confirmando a existência de um enviezamento do processamento, de acordo com a vulnerabilidade à ameaça social postulada pelo modelo cognitivo. Os resultados parecem ainda apoiar a hipótese de que o efeito de Stroop É devido a relação semântica das palavras com as preocupações específicas do sujeito (razão pela qual os sujeitos responderiam com tempos maiores às palavras de ameaça social e às palavras positivas relacionadas com ameaça social), e não ao facto de as palavras serem ameaçadoras negativas ou de elevada valência emocional (para uma descrição mais pormenorizada desta problemática, consultar Salvador, 1997).

[276] Capítulo 9

Não obstante os inúmeros estudos utilizando o teste de Stroop modificado apontarem no sentido de uma interferência para determinados estímulos ameaçadores, o processo pelo qual esta interferência é produzida sempre foi muito menos claro. Cedo se começou a colocar em dúvida se o teste de Stroop modificado avaliava, efectivamente, um processamento automático e pré-consciente (como o modelo preconiza) ou se, pelo contrário, reflectia um funcionamento mais estratégico e pós-consciente, ocorrendo a interferência depois de o sujeito ter tomado consciência do estímulo ameaçador. O teste de Stroop modificado tradicional tornava impossível ligar estes efeitos a um nível de processamento de informação automático uma vez que os sujeitos tinham consciência dos estímulos apresentados, o que poderia implicar um nível de processamento mais estratégico.

Para testar a hipótese de que o enviezamento no processamento selectivo relacionado com a ansiedade ocorria automaticamente, no sentido de não reflectir a influência de estratégias conscientes, MacLeod & Rutherford (1992), utilizando sujeitos

não-clínicos com valores elevados ou baixos de ansiedade-traço, realizaram o teste de Stroop modificado com estímulos supraliminares e subliminares (em que cada palavra aparecia apenas por 14 mseg., após o que era "mascarada" com uma mancha que aparecia na área anteriormente ocupada pela palavra-alvo). Verificaram que, não obstante os sujeitos não se aperceberem conscientemente do conteúdo dos estímulos subliminares, demonstravam da mesma forma uma interferência significativa nas palavras de ameaça apresentadas subliminarmente. MacLeod & Hagan (1992) obtiveram resultados semelhantes, mais uma vez numa amostra não-clínica de sujeitos com altos valores de ansiedade. Com uma população clínica de sujeitos com ansiedade generalizada, Mogg *et al.* (1993a) verificaram uma interferência significativa tanto em condições subliminares como em condições supraliminares. Mogg e cols. (1993b) e Thorpe e Salkovskis (1997) encontraram um enviesamento para informação negativa apresentada subliminarmente, respectivamente, em doentes ansiosos e em doentes com fobia a aranhas.

Na fobia social não é conhecido qualquer estudo que utilize o teste de Stroop modificado com estímulos subliminares, o que motivou Esteves, Pinto Gouveia e Salvador (em preparação) a desenhar

[277] Avaliação do Processamento de Informação na Fobia Social

uma investigação que visa estudar o processamento automático e o processamento estratégico na fobia social, recorrendo à apresentação de estímulos sub e supraliminares.

Embora subsistam objecções à interpretação da interferência do Stroop como um enviesamento automático e inconsciente, mesmo considerando os estudos efectuados com estímulos subliminares (Wells e Mathews, 1994), e embora a discussão acerca do verdadeiro mecanismo que explica o seu efeito ainda continue (Williams *et al.*, 1997; Wells & Mathews, 1994), este continua a ser o paradigma mais robusto no estudo dos enviesamentos da atenção nos distúrbios de ansiedade.

Tarefa de decisão léxica e tarefa de decisão categorial

Embora pertencendo a uma outra metodologia, estas tarefas continuam a basear-se no tempo de reacção dos sujeitos. Na tarefa de decisão léxica, o sujeito deve decidir se determinado conjunto de letras constitui ou não uma palavra. Na tarefa de decisão categorial, o sujeito deve decidir se uma palavra se refere ou não a um sentimento.

Cloitre *et al.*, (1992) examinaram as respostas de fóbicos sociais e de controlos normais a estímulos de ameaça social, apresentando uma tarefa de decisão léxica e uma tarefa de decisão categorial. As palavras utilizadas eram palavras de ameaça, positivas e neutras. Os fóbicos sociais responderam com tempos significativamente superiores aos normais para decidir acerca de palavras de ameaça, não se distinguindo destes nas restantes classes de palavras (neutras e positivas). Cloitre e cols. (*idem*) sugeriram que estes dados foram devidos à interferência de respostas de *freezing* no desempenho, tão características dos fóbicos sociais. Utilizando esta explicação, e voltando à tarefa de Stroop, o tempo de latência aumentado nos fóbicos sociais no teste de Stroop modificado poderia também não reflectir uma atenção selectiva mas uma resposta de *freezing* a pistas de ameaça. O facto de tanto Hope *et al.* (1990) como Mattia *et al.* (1993) terem apresentado os estímulos em bloco

e não individualmente (os primeiros com cartões, os segundos no computador), poderia ter construído um

[278] Capítulo 9

efeito ansioso e inibitório. Esta questão é novamente retomada por Asmundson e Stein na metodologia que apresentaremos a seguir.

O paradigma do dot-probe

Asmundson e Stein (1993), apontando que a dificuldade em interpretar o efeito de Stroop se prende com a confusão entre atenção e tempo de reacção, tentaram também avaliar a atenção selectiva d fóbicos sociais a estímulos de ameaça social utilizando o paradigma do *dot-probe*. Este procedimento permitia separar os dois processos, uma vez que é pedido aos sujeitos que respondam a um estímulo neutro - um ponto - efectuando uma resposta neutra - carregar num botão. O procedimento consiste em apresentar num écran de computador pares de palavras, em cada um dos quais uma das palavras é neutra e a outra é ameaçadora. Um ponto aparece a seguir à apresentação de cada par e, assim que o detecta, o indivíduo deve premir um botão. A atenção selectiva à ameaça é medida pela diferença nos tempos de reacção ao aparecimento do ponto quando este aparece na localização anteriormente ocupada por uma palavra neutra ou por uma palavra de ameaça. Asmundson e Stein (1993) verificaram que os fóbicos sociais respondiam mais rapidamente aos pontos que apareciam no local de palavras de ameaça social do que aos que apareciam no local de palavras neutras ou de ameaça física. Os controlos normais não mostraram diferenças nos tempos de reacção em nenhuma das três classes de palavras. De acordo com estes dados, a possibilidade de os tempos de latência aumentados no teste de Stroop serem devidos a respostas de *freezing* é colocada de lado, considerando-se mais provável que este efeito se deva a uma atenção aumentada para pistas de ameaça específicas.

Os diversos autores interpretam todos estes dados como evidências de que os fóbicos sociais dão preferencialmente atenção a pistas de ameaça social, comprovando a existência, nestes doentes, de esquemas cognitivos de perigo, específicos a perigos de natureza social. Esta selectividade reduziria a possibilidade de prestar atenção a potenciais

[279] Avaliação do Processamento de Informação na Fobia Social

pistas de segurança, contribuindo, desta forma, para a manutenção do distúrbio, pelo que uma intervenção eficaz deveria reduzir este enfiamento da atenção.

Embora vários estudos sugiram que este padrão de selecção é, pelo menos parcialmente, automático, ainda nenhuma tarefa examinou esta hipótese no caso da fobia social. No entanto, mesmo que padrão automático de processamento seja comprovado, deve ser enfatizado que é pouco provável que exista uma dicotomia; pelo contrário, deve existir uma qualquer relação entre este processamento e o processamento estratégico. Isto é, mesmo que a detecção da ameaça seja efectuada precoce e automaticamente, isto pode dirigir a atenção para os estímulos relevantes levando a que estes sejam percebidos

conscientemente e a que o indivíduo ou se fixe neles ou deliberadamente os evite (Mathews, 1997).

Memória

Os enfiamentos encontrados no domínio da atenção e o postulado de que as estruturas cognitivas influenciariam também os processos de armazenamento e recuperação de informação, apontariam para um enfiamento a nível da memória, congruente com o distúrbio específico.

Surpreendentemente, a memória selectiva prevista para materiais relacionados com a ansiedade tem sido raramente encontrada. Pelo contrário, estes enfiamentos têm sido amplamente encontrados em doentes deprimidos que, por sua vez, raramente têm mostrado enfiamentos na atenção, observados frequentemente nos doentes ansiosos.

Mathews e cols. (1989) conduziram um dos primeiros estudos que utilizou testes de memória implícitos e explícitos – completamento de palavras e recordação de palavras. Verificaram que os doentes com distúrbio de ansiedade generalizada não mostraram um enfiamento na memória explícita mas que isso aconteceu relativamente à memória implícita. Efectivamente, a maioria dos estudos não encontra, para a ansiedade generalizada, enfiamentos na memória

[280] Capítulo 9

explícita (Becker *et al.*, 1999; Bradley *et al.*, 1995; MacLeod & McLaughlin, 1995; Mathews *et al.*, 1989; Mogg *et al.*, 1987)⁴, voltar mas encontram-nos frequentemente para a memória implícita (MacLeod & McLaughlin, 1995; Mathews *et al.*, 1989). No entanto, os doentes com distúrbio de pânico e agorafobia mostraram um enfiamento da memória para material relacionado com ameaça em testes de memória implícita e explícita (Becker *et al.*, 1999; Becker, Rinck & Margraf, 1994; Cloitre *et al.*, 1995; Cloitre & Liebowitz, 1991; McNally *et al.*, 1989; Nunn *et al.*, 1984). Em apenas dois estudos não foram encontrados enfiamentos na memória explícita (Otto *et al.*, 1994; Pickles & van den Broek, 1988).

Relativamente à fobia social, só recentemente começaram a surgir estudos que investigam enfiamentos na memória. Abordaremos esses estudos nos pontos seguintes.

Testes de memória explícita

Os investigadores têm apresentado palavras de ameaça social, positivas e neutras a grupos de sujeitos com fobia social, para testarem a existência de uma memória diferencial. Nos testes de memória explícita existe uma ligação consciente entre o material a ser recuperado da memória e o contexto em que ele foi aprendido.

Rapee e cols. (1994) tentaram verificar se os fóbicos sociais reconheceriam ou recordariam palavras de ameaça social melhor do que palavras de ameaça relacionadas com pânico, palavras neutras ou palavras positivas (todas as palavras tinham sido apresentadas numa tarefa anterior). Os fóbicos sociais não demonstraram qualquer enfiamento de memória para palavras de ameaça. Num outro estudo da mesma investigação, depois de lhes ter sido apresentada uma lista com palavras de ameaça social e neutras, os fóbicos

sociais tinham que completar um conjunto de três letras, sendo-lhes dito que essas primeiras três letras correspondiam a palavras previamente apresentadas eles deveriam completar tantas palavras quantas as que conseguissem

[281] Avaliação do Processamento de Informação na Fobia Social

sem recordar (num período de cinco minutos). Mais uma vez, não foi encontrado qualquer padrão de enviesamento. Ainda na mesma investigação tentaram averiguar se os fóbicos sociais recordariam mais memórias negativas comparativamente a sujeitos não clínicos, o que também não se verificou, desafiando a noção comum na terapia cognitiva de que os fóbicos sociais possuem um filtro mental através do qual ignoram experiências positivas e retêm experiências negativas.

Também Cloitre e cols. (1995) e Lundh e Ost (1997) não encontraram, nos fóbicos sociais, qualquer enviesamento de memória para palavras negativas, utilizando, respectivamente, testes de recordação livre e reconhecimento, e testes de recordação através do fornecimento de pistas (completar três letras com palavras de que se lembrem, anteriormente apresentadas). Finalmente, Becker e cols. (1999) obtiveram os mesmos resultados com um teste de recordação livre. No entanto, um estudo comparando fóbicos sociais com sujeitos normais, numa tarefa de reconhecimento de caras, verificou que os fóbicos sociais reconheceram mais caras críticas do que caras de aceitação, enquanto os controlos apresentaram o padrão oposto (Lundh & Ost, 1996), o que levou os autores a sugerirem que a investigação dos processos de memória deve recorrer, com maior frequência, a estímulos não-verbais.

Testes de memória implícita

Uma abordagem alternativa na investigação da memória, são os chamados testes de memória implícita, nos quais não é estabelecida uma ligação consciente entre a recuperação de informação e o contexto em que ela foi aprendida. Nestes testes, a memória é indirectamente avaliada sem o pedido explícito para se recordarem ou reconhecerem estímulos ameaçadores anteriormente apresentados. Se os sujeitos foram previamente expostos a uma lista de palavras (apresentada supra ou subliminarmente) e lhes for pedido para completarem sílabas com a primeira palavra que lhes passe pela cabeça, é provável que as completem com palavras vistas anteriormente, ainda que não consigam reconhecê-las como tal.

[282] Capítulo 9

Desta forma, presume-se que os aspectos não conscientes da memória podem ser avaliados utilizando efeitos de facilitação ou *priming* e evitando a influência de estratégias intencionais (Mathews, 1997).

Rapee e cols. (1994) tentaram investigar processos de memória implícita em fóbicos sociais. Tendo-lhes sido previamente mostrada uma lista de palavras de ameaça social e palavras neutras, foi-lhes então pedido que completassem um conjunto de três letras com a primeira palavra que lhes passasse pela cabeça, naquilo que pensavam ser uma tarefa de

associação livre. Não foi encontrado qualquer enviesamento de memória para as palavras de ameaça social. Finalmente Lundh e Ost (1997), utilizando a mesma metodologia, apenas encontraram um enviesamento de memória para palavras de ameaça social num subgrupo de fóbicos sociais com fobia social específica.

Baseados nos dados controversos acerca dos enviesamentos de memória e tendo em conta a diferença entre estes dados e os encontrados nos estudos sobre o enviesamento da atenção nos distúrbios de ansiedade, vários modelos têm sido formulados. A apresentação destes modelos ultrapassa o objectivo deste capítulo, pelo que remetemos o leitor para Mathews e Mackintosh (1998).

Existem ainda diversas tarefas derivadas do paradigma do processamento de informação que nunca foram aplicadas à fobia social, embora o tenham sido para outros distúrbios emocionais. É o caso da tarefa de audição dicótica (Mathews & MacLeod, 1986), de tarefas de atenção visual selectiva (MacLeod *et al.*, 1986), de modificações da tarefa de decisão léxica (MacLeod & Locke, *in press*, in Ohman, 1996), de soluções de anagramas, identificação taquitoscópica, etc. O interesse pela fobia social tem sido tão aumentado que é provável que dentro em breve encontremos estudos publicados aplicando estas metodologias a este quadro clínico.

Ligação ao tratamento

A investigação acerca dos enviesamentos do processamento de informação é motivada pela esperança de que conduzirá a novos e

[283] Avaliação do Processamento de Informação na Fobia Social

mais eficazes métodos de prevenção e tratamento da fobia social. Se o processamento enviesado desempenha um papel-chave na experiência de ansiedade social e na sua manutenção, o fóbico social só estará “curado” quando deixar de perceber situações sociais inócuas como ameaçadoras e quando processar informação social de forma a não chegar tão frequentemente a conclusões erróneas (Heimberg, 1994). A apontar para este facto, o estudo de Mattia e cols. (1993) comprovou que, após uma terapia bem sucedida, os fóbicos sociais deixavam de apresentar tempos de latência aumentados para palavras de ameaça no teste de Stroop modificado, não exibindo já o processamento enviesado que manifestavam antes do tratamento.

Os dados resultantes das investigações acima descritas indicam que a terapia cognitiva se deve focar nas percepções iniciais que o fóbico social faz de si e da situação social e na probabilidade com que se foca preferencialmente no processamento intenso das pistas ameaçadoras da situação (Chambless & Hope, 1996). Desta forma, um tratamento bem sucedido da fobia social deverá incluir uma modificação em todos os níveis em que se verificam distorções, desde o mais consciente ao mais automático. Tomando em conta os estudos que sugerem a importância dos processos automáticos e não-conscientes no desencadear de emoções, e considerando outros estudos que indicam que apenas os sujeitos doentes manifestam enviesamentos no processamento sub e supraliminar de estímulos

ameaçadores (outros indivíduos não-doentes, ainda que com ansiedade alta, apenas manifestam este enfiamento para estímulos subliminares) (Martin et al., 1991; MacLeod & Rutherford, 1992; MacLeod & Hagan, 1992; van den Hout *et al.*, 1995), podemos pensar que um sujeito normal dispõe de algum grau de controlo intencional sobre o processamento automático, o mesmo tendo deixado de acontecer com os sujeitos doentes (Mathews, 1997). Assim, o fracasso dos doentes com fobia social (e outros distúrbios emocionais) em exercer um controlo apropriado, pode ser conceptualizado como função ou de um processamento e reacções automáticas anormalmente fortes ou de um sistema executivo de controlo anormalmente fraco (Wells & Mathews, 1994). No tratamento, pelo menos alguns dos processos automáticos podem ser colocados sob um controlo intencional, desde que a pessoa reconheça que

[284] Capítulo 9

são eles os responsáveis pela manutenção do problema. Como controlo falha, habitualmente devido a recursos limitados de capacidade de processamento, seria necessário que se automatizassem processos opostos ao processamento selectivo de informação negativa, de forma a reduzir a sobrecarga verificada nos indivíduos vulneráveis quando estão sob stress. Reverter um enfiamento tão bem estabelecido nos fóbicos sociais levaria muito tempo mas o objectivo valeria o esforço - atingir um grau de automaticidade na selecção de pistas mais positivas e na capacidade de ignorar, sem grande esforço, pequenas pistas emocionais negativas, mesmo quando estão preocupados ou sob stress (Mathews, 1997).

Neste contexto, uma intervenção eficaz e a manutenção a longo prazo dos ganhos terapêuticos parecem estar relacionadas com mudanças a nível dos processos e estruturas cognitivas mais tácitas, pelo que a investigação e avaliação destes processos se torna essencial para a compreensão e posterior intervenção na fobia social. Esta intervenção recorrerá a novas metodologias para modificar o processamento enfiado que serão, elas próprias, alvo de novas investigações.

Bibliografia

- Asmundson, G. J. G. & Stein, M. B. (1993). Selective processing of social threat in patients with generalized social phobia: evaluation using a dot-probe paradigm. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 107-117.
- Beck, A. (1996). Beyond belief: a theory of modes, personality, and psychopathology. In Paul Salkovskis (Ed.) *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A., Freeman, A. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A., Rush, Shaw, R. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.

Becker, E. S., Andrich, M, Roth, W. T. & Margraf, J. (1999). Explicit memory in anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 153-163.

[285] Avaliação do Processamento de Informação na Fobia Social

Becker, E. S., Rinck, M. & Margraf, J. (1994). Memory bias in panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 396-399.

Bradley, B. P. Mogg, K. & Williams, R. (1995). Implicit and explicit memory for emotion-congruent information in clinical depression and anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 33, 755-770.

Brewin, C. R. (1988). *Cognitive foundations of clinical psychology*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Chambless, D. L. & Hope, D. A. (1996). Cognitive approaches to the psychopathology and treatment of social phobia. In Paul M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press.

Clark, D. M. & Wells, A. (1995) A cognitive model of social phobia. In Richard G. Heimberg, Michael R. Liebowitz, Debra A. Hope & Franklin R. Schneier, *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford Press.

Cloitre, M. & Liebowitz, M. R. (1991). Memory bias in panic disorder: an investigation of the cognitive avoidance hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, 15, 371-386.

Cloitre, M., Cancienne, J., Heimberg, R. H., Holt, C. S. & Liebowitz, M. R. (1995). Memory bias does not generalize across anxiety disorders. *Behavior Research and Therapy*, 15, 317-386.

Cloitre, M., Heimberg, R. G., Holt, C. S. & Liebowitz, M. R. (1992). Reaction time to threat stimuli in panic disorder and social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 609-617.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Stuart.

Esteves, F., Pinto Gouveia, J. & Salvador, M. C. (em preparação). Processamento estratégico e processamento automático na fobia social.

Evans, J. St. B. T. (1989). *Bias in Human Reasoning: causes and consequences*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.

Heimberg, R. G (1994). Cognitive assessment strategies and the measurement of outcome of treatment for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 269-280.

Hope, D. A., Rapee, R. M., Heimberg, R. G. & Dombeck, M. J. (1990). Representations of the self in social phobia: vulnerability to social threat. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 177-189.

Ingram, R. E. & Kendall, P. C. (1986). Cognitive clinical psychology: implications of an information processing perspective. In Rick E. Ingram, *Information Processing Approaches to Clinical Psychology*. Orlando: Academic Press.

Lundh, L.-G. & Ost, L.G. (1996). Recognition bias for critical faces in social phobias. *Behavior Research and Therapy*, 34, 787-794.

Lundh, L.-G. & Ost, L.-G. (1997). Explicit and implicit memory bias in social phobia: the role of sub diagnostic type. *Behavior Research and Therapy*, 35, 305-317.

[286] Capítulo 9

- MacLeod, C. & Hagan, R. (1992). Individual differences in the selective processing of threatening information, and emotional responses to a stressful life event. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 151-161.
- MacLeod, C. & McLaughlin, K. (1995). Implicit and explicit memory bias in anxiety: a conceptual replication. *Behavior Research and Therapy*, 33, 1-14.
- MacLeod, C. & Rutherford, E. M. (1992). Anxiety and the selective processing of emotional information: mediating roles of awareness, trait and state variables, and personal relevance of stimulus materials. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 479-491.
- MacLeod, C. M. (1991). Half a century of research on the Stroop effect: an integrative review. *Psychological Bulletin*, 109, 163-203.
- MacLeod, C., Mathews, A. & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 15-20.
- Mandler, G. (1985). *Cognitive Psychology: an essay in cognitive science*. Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates.
- Martin, M., Williams, R. M. & Clark, D. M. (1991). Does anxiety lead to selective processing of threat-related information? *Behaviour Research and Therapy*, 29, 147-160.
- Mathews, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 28, 455-468.
- Mathews, A. & Mackintosh, B. (1998). A cognitive model of selective processing in anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 539-560.
- Mathews, A. & MacLeod, C. (1985). Selective processing of threat cues in anxiety states. *Behavior Research and Therapy*, 23, 563-569.
- Mathews, A. & MacLeod, C. (1986). Discrimination of threat cues without awareness in anxiety states. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 131-138.
- Mathews, A. (1997). Information-processing biases in emotional disorders. In David Clark & Christopher Fairburn (Eds.), *Science and Practice of Cognitive-Behavior Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Mathews, A., Mogg, K., May, J., Eysenck, M. (1989). Implicit and explicit memory bias in anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 236-240.
- Mattia, J. I., Heimberg, R. G. & Hope, D. A. (1993). The revised Stroop color-naming task in social phobics. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 305-313.
- McNally, R. J., Foa, E. B. & Donnell, C. D. (1989). Memory bias for anxiety information in patients with panic disorder. *Cognition and Emotion*, 3, 27-44.
- McNeil, D. W., Ries, B. J., Taylor, L. J., Boone, M. L., Carter, L. E., Turk, C L. & Lewin, M. R. (1995). Comparison of social phobia subtypes using Stroop tests. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 47-57.
- Mineka, S. & Sutton, S. K. (1992). Cognitive biases and the emotional disorders. *Psychological Science*, 3, 65-69.
- Mogg, K., Bradley, B. P., Williams, R. & Mathews, A. (1993b). Subliminal processing of emotional information in anxiety and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 304-311.

- Mogg, K., Kentish, J. & Bradley, B. P. (1993a). Effects of anxiety and awareness on colour-identification latencies for emotional words. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 559-567.
- Mogg, K. & Mathews, A. (1990). Is there a self-referent mood-congruent recall bias in anxiety? *Behavior Research and Therapy*, 28, 91-92.
- Mogg, K., Mathews, A. & Weinman, J. (1987). Memory bias in clinical anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 94-98.
- Nunn, J. D., Stevenson, R. J. & Whalan, G. (1984). Selective memory effects in agoraphobic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 195-202.
- Ohman, A & Soares, J. J. F. (1994). Unconscious anxiety: phobic responses to masked stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 231-240.
- Ohman A. (1996). Preferential preattentive processing of the threat in anxiety: preparedness and attentional biases. In Ronald M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 253-291). New York: Guilford Press.
- Otto, M. W., McNally, R. J., Pllack, M. H., Chen, E. & Rosenbaum, J. F. (1994). Hemispheric laterality and memory bias for threat in anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 828-831.
- Pickles, A. L. & van den Broek, M. D. (1988). Failure to replicate evidence for phobic schemata in agoraphobic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 271-272.
- Rapee, R. M., McCallum, S. L., Melville, L. F., Ravenscroft, H. & Rodney, J. M. (1994). Memory bias in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 32, 89-99.
- Salvador, M. C. & Pinto Gouveia, J. (1998-Setembro). *Information processing in social phobia: the modified Stroop test*. Poster apresentado no 28th Congress of the European Association for Behaviour and Cognitive Therapy, Cork.
- Salvador, M. C. (1997). *Processamento de informação na fobia social: o teste de Stroop modificado*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Segal, Z. V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103, 147-162.
- Tataryn, D. J., Nadel, L. & Jacobs, W. J. (1989). Cognitive Therapy and Cognitive Science. In Arthur Freeman, Karen M. Simon, Larry E. Beutler e Hal Arkowitz, *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy*. New York: Plenum Press.
- Thorpe, S. J. & Salkovskis, P. M. (1997). Information processing in spider phobics: the Stroop colour naming task may indicate strategic but not automatic attentional bias. *Behavior Research and Therapy*, 35, 131-144.
- Trower, P. & Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychological Review*, 9, 19-35.
- Van den Hout, M., Tenney N., Huygens, K., Merckelbach, H. & Kindt, M. (1995). Responding to subliminal threat cues is related to trait anxiety and emotional

[288] Capítulo 9

vulnerability: a successful replication of Macleod and Hagan (1992). *Behaviour Research and Therapy*, 33, 451-454.

Wells, A. & Mathews, G. (1994). *Attention and emotion: a clinical perspective*, Hove, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Williams, J. M. G., Watts, R. N., MacLeod, C. & Mathews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*. Chichester, England: Wiley.

Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C. & Mathews, A. (1997). *Cognitive psychology and emotional disorders* (2nd ed.). Chichester, England: Wiley.

Williams, J. M., Mathews, A. & MacLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin*, 120, 3-24.

Zanon, R. B. (1980). Feeling and thinking: preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151-175.

Zanon, R. B. (1984). On the primacy of affect. *American Psychologist*, 39, 117-123.

[289]

Capítulo 10

Tratamento Cognitivo-comportamental da Fobia Social

José Pinto Gouveia, Maria do Céu Salvador

Tratamento Cognitivo-comportamental da Fobia Social

A larga maioria dos tratamentos de base psicológica para a fobia social que foram publicados, e cujos resultados de tratamento foram avaliados, são intervenções de natureza comportamental ou cognitiva. Este capítulo, será, por essa razão, centrado no tratamento cognitivo-comportamental da fobia social. Começaremos por descrever genericamente os componentes fundamentais das intervenções mais utilizadas e os resultados terapêuticos obtidos. Terminaremos com uma descrição detalhada de um protocolo cognitivo-comportamental para o tratamento da fobia social.

As intervenções comportamentais e cognitivas para a fobia social resultaram logicamente das conceptualizações teóricas acerca da etiologia e factores de manutenção do distúrbio, descritas no capítulo 5 (modelos comportamentais e cognitivos). Nesse capítulo foram já abordadas algumas implicações terapêuticas dessas conceptualizações teóricas, das quais resultam quatro grandes tipos de intervenções:

- Exposição prolongada aos estímulos sociais que despertam medo.
- Treino de Competências Sociais.
- Terapia Cognitiva para reestruturação e modificação das crenças e suposições disfuncionais associadas ao medo de avaliação

[290] Capítulo 10

pelos outros e dos enviesamentos na percepção de si mesmo e na avaliação do seu desempenho social.

- Terapia Cognitiva mais Exposição aos estímulos sócia'

Exposição

A exposição prolongada aos estímulos sociais receados representa o componente terapêutico mais utilizado na fobia social, quer utilizado isoladamente, quer em associação com o treino de competências sociais e com a terapia cognitiva. Os estudos, que procuraram avaliar os resultados terapêuticos obtidos com a exposição, mostraram que ela é eficaz (quando comparada com grupos em lista de espera e grupos de placebo) no tratamento da fobia social (Mattick, Peters, & Clarke, 1989; Turner *et al.*, 1994).

No entanto, apesar desses resultados positivos, o efeito terapêutico da sua utilização isolada mostra-se inferior ao efeito obtido com a sua utilização em outras situações ansiosas.

Butler (1985), ao comentar este aspecto e baseando-se na sua extensa experiência de utilização da exposição nos fóbicos sociais, refere que a utilização isolada da exposição na fobia social se mostra mais difícil e com menos resultados terapêuticos que nos doentes com agorafobia ou com fobias simples, devido a um conjunto de dificuldades em estabelecer as condições de exposição que tornam máxima a sua eficácia: exposições claramente especificadas, graduais, repetidas, prolongadas e que provocam ansiedade no doente. Para este autor, nos fóbicos sociais toma-se especialmente difícil estabelecer um programa de exposição comportamental que obedeça às regras para uma exposição terapêutica correcta, pelas seguintes razões:

1. A natureza imprevisível e variável das situações sociais dificulta que a tarefa de exposição possa ser claramente especificada, repetida e de dificuldade gradualmente maior.
2. A curta duração de muitas situações sociais impede que a exposição seja suficientemente prolongada para permitir ao doente constatar que a sua ansiedade estabiliza e declina longo do tempo.

[291] Tratamento Cognitivo-Comportamental da Fobia Social

3. Muitos fóbicos sociais não chegam a evitar as situações mas têm muita dificuldade em as suportar. Nessas situações ou durante a tarefa de exposição, alguns doentes protegem-se de focar a atenção nos estímulos sociais da situação, não se envolvendo suficientemente na situação.

4. A exposição, só por si, não tem um impacto significativo no medo de avaliação negativa dos fóbicos sociais (Butler *et al.*, 1984), dado que as respostas dos outros à sua execução social não é facilmente perceptível em muitas situações sociais. Deste modo, a exposição pode não fornecer informação suficiente para diminuir a preocupação dos fóbicos sociais com a avaliação dos outros.

Os dois últimos pontos apontados por Butler são, em nosso entender, cruciais para compreender a eficácia relativa da utilização da exposição isolada na fobia social e apontam a utilidade de complementar a exposição com os métodos cognitivos que descreveremos mais à frente. Se os analisarmos em pormenor verificar-se-á que eles estão relacionados com o que seria de esperar à luz do modelo cognitivo de Clark e Wells (1995). O processo de atenção auto-focada, característico dos fóbicos sociais quando se confrontam com uma situação receada, diminui os efeitos da exposição porque impede ou interfere com o processamento eficaz *do feedback* interpessoal que poderia desconfirmar a sua expectativa

de avaliação negativa. Também a utilização dum impressão de si mesmo negativa (gerada mais a partir da informação interceptiva que a partir das respostas dos outros ao seu desempenho) como principal evidência de que os outros o avaliam negativamente, perpetua uma imagem de si mesmo socialmente negativa e diminui o efeito de um eventual *feedback* interpessoal positivo. Por outro lado, a utilização de comportamentos de segurança durante a exposição impede a desconfirmação dos receios de avaliação negativa e dificulta a mudança deste aspecto, que é um factor no tratamento da fobia social. Uma socialização prévia com o modelo cognitivo e a compreensão da importância dos comportamentos de segurança pode ajudar o doente a "arriscar-se" a não utilizar os comportamentos de segurança habituais, aumentando assim o efeito da exposição. Finalmente, a realização frequente da *autópsia*

[292] Capítulo 10

do episódio permite o reprocessamento de informação que é congruente com as suas crenças pessoais negativas e o seu medo de avaliação negativa (Butler & Wells, 1995; Pinto-Gouveia, 1997).

O mesmo tipo de análise ajuda a compreender um dado clínico que é dificilmente explicável apenas em termos da teoria de aprendizagem: porque é que os fóbicos sociais, embora se confrontem frequentemente com situações sociais que activam a sua ansiedade, esta não se extingue.

Numa perspectiva cognitiva a exposição só é eficaz quando permite modificar (desconfirmar) as crenças disfuncionais subjacentes ao problema. Nesse sentido, a *exposição cognitiva* na fobia social deve ter como alvo o desafio às crenças relacionadas com o medo de avaliação negativa do doente. Para atingir este objectivo, três tipos de estratégias deverão ser associadas aos métodos de exposição comportamental clássica:

- prevenção da utilização de comportamentos de segurança durante a exposição;
- estratégias de intenção paradoxal que exponham o doente ao seu medo de avaliação negativa.
- estratégias que ajudem o doente a focar a atenção externamente e dificultem o foco de atenção em si mesmo.

A utilização destas estratégias, que descreveremos mais pormenorizadamente adiante, aumenta a eficácia da exposição na fobia, diminuindo a crença na avaliação negativa pelos outros (Wells *et al.*, 1995). Este ponto é especialmente importante para o tratamento da fobia social, pois estudos de Mattick e Peters (1988) e Mattick e cols. (1989) sugerem que a mudança no medo de avaliação negativa é o melhor preditor dos resultados nos tratamentos cognitivo-comportamentais da fobia social.

Treino de Competências Sociais

Habitualmente realizado em formato de grupo, os programas de treino de competências sociais iniciais utilizavam essencialmente métodos de instrução, modelamento, prática comportamental, troca

[293] Tratamento Cognitivo-Comportamental da Fobia Social

de papéis, aproximações sucessivas, *feedback*, reforço positivo, e prática das aptidões aprendidas em situações reais, para o treino das competências sociais básicas. Este treino era complementado com a posterior exposição às situações receadas.

As competências sociais trabalhadas no treino de competências sociais incluem *comportamentos não verbais* como: contacto visual, postura corporal, sorriso, mímica facial; e *comportamentos verbais* num conjunto de situações interpessoais como: iniciar conversas, ouvir e manter conversas, dar e receber elogios, expressar discordância, lidar com o criticismo dos outros (uma descrição detalhada do treino de competências sociais pode ser consultada em Pinto-Gouveia, 1986).

Mais tarde, começaram também a ser introduzidos alguns métodos cognitivos e os programas terapêuticos deixaram de ser focados apenas no treino dos componentes das competências sociais acima descritos, passando a haver uma valorização progressiva dos aspectos relacionados com o processamento da situação social, como: a importância do doente definir os objectivos a curto e longo prazo das suas interacções sociais, o treino da percepção social, a monitorização e interpretação dos sinais sociais emitidos pelos outros e a identificação e correcção de cognições disfuncionais (Trower, 1980; Pinto-Gouveia, 1986).

Actualmente pouco utilizado de uma forma isolada, o treino de competências sociais é, no entanto, um componente terapêutico útil nos fóbicos sociais que apresentam défices nas competências sociais para lidar com algumas situações, como: situações em que é necessário lidar com a crítica e hostilidade dos outros, pedir ajuda, dar e receber elogios, exprimir emoções positivas e negativas. Em nosso entender, a sua utilização deve ser encarada como um aspecto complementar do tratamento da fobia social, mais que como um aspecto nuclear desse tratamento.

Terapia Cognitiva

A partir das conceptualizações cognitivas para a explicação dos factores de manutenção da fobia social, surgem as primeiras intervenções

[294] Capítulo 10

que utilizam métodos cognitivos para o tratamento da fobia social. Inicialmente designados como métodos de reestruturação cognitiva, visavam a modificação das crenças irracionais, auto-avaliações negativas do desempenho social e expectativas negativas acerca do desempenho social que tinham sido identificadas nos indivíduos com ansiedade social elevada.

Com a divulgação da obra de Beck e colaboradores (Beck *et al.*, 1979; Beck, Emmerly & Greenberg, 1985), os diversos procedimentos preconizados por estes autores para a identificação e modificação de cognições e crenças nucleares são progressivamente incorporados nos tratamentos da fobia social, em utilização isolada ou em combinação com a exposição ou treino de competências sociais. Não cabe no âmbito deste capítulo uma descrição detalhada das metodologias terapêuticas utilizadas na terapia cognitiva. Os aspectos fundamentais da sua aplicação na fobia social são descritos com algum pormenor

no protocolo terapêutico apresentado mais à frente e que se baseia no Modelo de Clark e Wells (1995).

A incorporação de métodos cognitivos em diversos protocolos terapêuticos para a fobia social é também bem exemplificada pela Terapia Cognitivo-Comportamental de Grupo para a Fobia Social, desenvolvida por Heimberg e cols. (Heimberg *et al.*, 1990; Hope & Heimberg, 1993), que descreveremos a seguir.

A Terapia Cognitivo-Comportamental de Grupo na Fobia Social

Partindo do seu modelo de disfunção social (Heimberg & Barlow, 1988, 1991), e incorporando contribuições de alguns dos modelos cognitivos atrás descritos, Heimberg desenvolveu uma Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo que engloba métodos cognitivos e comportamentais (Heimberg *et al.*, 1990; Hope & Heimberg, 1993). Esta terapia associa as metodologias das terapias cognitivas, para identificação e modificação de cognições disfuncionais, a processos sós de dramatização comportamental (*role-play*) em grupo das situações receadas pelos fóbicos sociais, com posterior exposição ao vivo a essas situações. O efeito terapêutico desta terapia cognitivo-comportamental

[295] Tratamento Cognitivo-Comportamental da Fobia Social

em grupo foi avaliado em estudos controlados, tendo mostrado uma eficácia terapêutica superior ao placebo (Heimberg *et al.*, 1990; Heimberg *et al.*, 1993; Liebowitz & Heimberg, 1996), e uma menor taxa de recaídas que a fenelzina (Liebowitz & Heimberg, 1996).

O protocolo terapêutico é administrado por dois terapeutas a um grupo de 5 a 6 fóbicos sociais, durante 12 sessões semanais, sendo composto pelos seguintes componentes:

- Desenvolvimento de uma explicação cognitivo-comportamental para a fobia social.
- Treino dos doentes nas competências de identificação, análise e disputa de cognições problemáticas através da utilização de exercícios estruturados.
- Exposição dos doentes a simulações de situações evocadoras de ansiedade durante as sessões de tratamento em grupo, através da dramatização (*role-play*) dessas situações.
- Utilização de processos de reestruturação cognitiva para ensinar os doentes a controlar os seus pensamentos mal-adaptativos, antes, durante e depois das exposições simuladas.
- Tarefas de casa focadas na exposição a situações já confrontadas durante as exposições simuladas.
- Ensino de uma rotina de reestruturação cognitiva auto-administrada para utilização antes e depois de terminar as tarefas de casa.

Uma descrição mais pormenorizada destes componentes da terapia cognitivo-comportamental de grupo para a fobia social, e exemplos práticos da sua utilização, pode ser consultada em Hope e Heimberg (1993).

Resultados dos Tratamentos Comportamentais e Cognitivos na Fobia Social

Taylor (1996) realizou uma meta-análise de 24 estudos, publicados no período compreendido entre 1982 e 1995, sobre resultados de tratamentos na fobia social e que

permitiu avaliar 42 investigações de resultados de tratamento, e comparar os resultados obtidos com a

[296] Capítulo 10

utilização de diferentes métodos comportamentais e cognitivos no tratamento da fobia social. O autor comparou seis condições de tratamento: (A) Lista de espera (seis estudos); (B) Placebo (seis estudos); (C) Exposição (exposição durante as sessões e exposição fora das sessões, como trabalho de casa) (oito estudos); (D) Terapia Cognitiva (reestruturação cognitiva sem exposição) (oito estudos); (E) Terapia Cognitiva + Exposição (doze estudos); (F) Treino de Competências Sociais (cinco estudos).

Os resultados da meta-análise mostraram que todas as intervenções, incluindo o placebo, mostravam maiores efeitos terapêuticos que a lista de espera, e que os diferentes tipos de intervenções não diferiam em relação à percentagem de abandonos (12.2-18%). Apenas as intervenções que combinavam Terapia Cognitiva + Exposição obtiveram efeitos terapêuticos significativamente maiores que o placebo. Os resultados mostraram ainda que os resultados de tratamento tendiam a aumentar durante o período de seguimento (3 meses). O autor conclui que estes resultados apoiavam a utilização de intervenções cognitivo-comportamentais no tratamento da fobia social, e justificavam a associação de métodos cognitivos e de exposição.

Os resultados obtidos nesta meta-análise confirmam o que seria de esperar em termos dos modelos cognitivo-comportamentais actuais para a fobia social e merecem uma breve análise.

Em primeiro lugar, há que ter em conta que os estudos avaliados na meta-análise cobrem um largo período temporal (1982-1995), e que os métodos terapêuticos utilizados em cada condição, mesmo quando sob a mesma designação, foram substancialmente diferentes. Por exemplo, os estudos englobados sob a designação de Terapia Cognitiva (reestruturação cognitiva sem exposição) são, na sua maioria, estudos dos anos oitenta, que não utilizaram as análises cognitivas da fobia social para gerar intervenções terapêuticas. Não faz sentido que a Terapia Cognitiva (se por terapia cognitiva tivermos como modelo a terapia cognitiva de Beck), que assenta numa desconfirmação das crenças e suposições disfuncionais do doente através experiências programadas na terapia, seja feita sem exposição às situações em que essas crenças deverão ser desconfirmadas. Neste sentido, a exposição deverá ser assim encarada como um componente importante

[297] Tratamento Cognitivo-Comportamental da Fobia Social

da terapia cognitiva, não fazendo sentido, em nosso entender, comparar terapia cognitiva sem exposição *versus* terapia cognitiva com exposição, embora a forma como a exposição é programada na terapia cognitiva apresente algumas diferenças da exposição comportamental tradicional, como foi acima já apontado. Não será pois de estranhar que a "terapia cognitiva" utilizada sem exposição não obtivesse resultados significativamente superiores ao placebo.

Em segundo lugar, as intervenções englobadas sob a condição Terapia Cognitiva + Exposição, e que mostraram possuir um maior efeito terapêutico, são, na sua maioria,

intervenções que englobam aspectos dos actuais modelos cognitivo-comportamentais para a fobia social. Entre esses estudos estão incluídos os resultados da terapia cognitivo-comportamental de grupo de Heimberg e colaboradores, acima descrita.

Finalmente, a avaliação dos resultados das intervenções terapêuticas baseadas no modelo mais recente e mais compreensivo para a fobia social, o modelo de Clark e Wells (1995), está a ser realizada não havendo, ainda, resultados publicados acerca dos seus efeitos terapêuticos.

Protocolo Terapêutico para a Fobia Social baseado no Modelo de Clark e Wells

O modelo cognitivo para a fobia social de Clark e Wells (1995) descrito no capítulo 5, representa, como apontamos já, uma síntese integradora de várias contribuições de outros modelos cognitivos e evolucionários para a compreensão dos aspectos psicopatológicos da fobia social, e tem importantes implicações terapêuticas.

Sendo um modelo proximal, especialmente focado na descrição e compreensão dos factores de manutenção da fobia social, ele sugere necessariamente pontos de intervenção para a modificação desses factores e, nesse sentido, oferece contributos importantes para aumentar a eficácia das intervenções cognitivo-comportamentais anteriormente desenvolvidas.

Descreveremos em seguida, com algum detalhe, os pontos principais

[298] Capítulo 10

do protocolo terapêutico utilizado pelo nosso grupo (Consulta de Terapia Cognitivo-Comportamental do Serviço de Psiquiatria dos H.U.C e Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (NEICC) da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra). Este protocolo terapêutico tem por base o modelo cognitivo de Clark e Wells (1995), seguindo de perto alguns aspectos terapêuticos utilizados por estes autores e apontados em Clark e Wells (1995), Butler e Wells (1995), Clark (1997), Wells (1997). Há, no entanto, no nosso protocolo uma maior ênfase no trabalho de esquemas nucleares e esquemas precoces mal-adaptativos, assim como nos aspectos interpessoais. Este protocolo terapêutico é composto pelos seguintes componentes:

(A) Socialização com o Modelo Cognitivo e Construção de um Modelo Específico da Ansiedade Social do Doente

Como é habitual em terapia cognitiva, o tratamento inicia-se com a socialização do doente com o modelo cognitivo e a construção de um modelo específico da ansiedade social daquele doente. Pretende-se, nesta fase, familiarizar o doente com o modelo cognitivo e os seus procedimentos terapêuticos (identificação e debate dos pensamentos automáticos e atitudes disfuncionais, importância do trabalho entre as sessões, etc.) e debater com o doente a formulação das suas dificuldades de uma maneira que lhe permita compreender de que forma os processos identificados contribuem para a manutenção da sua fobia social.

A.1. Recolha de Informação para Construção do Modelo Específico da Ansiedade Social do Doente

Nesta fase do processo, e através de um questionamento detalhado e orientado, o terapeuta tenta identificar com o doente os componentes do modelo cognitivo, tal como eles acontecem com ele, o que permitirá construir um modelo específico e uma conceptualização Idiossincrática.

[299] Tratamento Cognitivo-Comportamental da Fobia Social

Para isso, são revistos vários episódios de ansiedade social ou, em alguns casos, questiona-se directamente o doente antes, durante e depois de ser exposto a uma situação real ou a uma situação análoga criada na sessão. Quatro tipos de informação devem ser recolhidos numa primeira abordagem:

1. Pensamentos Automáticos Negativos (antes, durante e depois da situação social).
2. Sintomas Fisiológicos e Cognitivos de ansiedade.
3. Existência de Comportamentos de Segurança.
4. Conteúdos relativos ao processamento do Eu como um objecto social (conteúdo resultante da atenção auto-focada).

Com esta informação, é construído um modelo que o doente possa visualizar (habitualmente utilizando um quadro ou uma folha de papel). Mais tarde acrescentam-se ao modelo as suposições disfuncionais.

Indicam-se a seguir algumas questões úteis para recolher estes tipos de informação.

1. Identificação de Pensamentos Automáticos Negativos

Neste ponto consideramos necessário identificar os pensamentos automáticos negativos, que ocorrem em determinado momento da situação social, com questões que orientem o doente e lhe permitam fornecer informação que, de outra forma, seria difícil obter, ou por o doente não a considerar relevante ou por a considerar embaraçosa. De notar que o importante aqui é identificar o significado ou implicações que a manifestação de determinado comportamento ou sintoma tem para o doente (ex. "se me virem nervoso vão achar que sou inseguro"), e não recolher pensamentos que apenas atestam os comportamentos ou sintomas que o doente tem medo de experimentar ou que tem medo que os outros notem (ex. "vou ficar nervoso" ou "os outros vão ver como estou nervoso"). Algumas questões que ajudam nesta identificação são:

- O que é que lhe estava a passar pela cabeça/em que é que estava a pensar?
- Antes de entrar na situação

[300] Capítulo 10

- Ao entrar na situação
- Ao notar o sintoma X
- O que é que pensou que seria o pior que lhe podia acontecer?
- O que é que pensou que os outros iriam notar/pensar?

- O que significaria isso para si? Porque seria mau? Que implicações é que isso poderia ter?

2. Identificação dos Sintomas de Ansiedade

Ao avaliar os sintomas de ansiedade é importante identificar não só a sua natureza mas também de que maneira estes são sobrestimados e sentidos como demasiado salientes aos olhos dos outros. Algumas questões úteis poderão ser:

- Quando se sentiu ansioso na situação X que sintomas notou?
- Que sintomas o incomodam mais?
- Em que medida é que sente ou acha que esses sintomas são visíveis pelos outros? Os outros notam muito, ou pouco?

3. Identificação dos Comportamentos de Segurança

As questões colocadas para identificar os comportamentos de segurança devem ter em atenção que estes podem ser mais ou menos acessíveis à consciência do indivíduo e que tanto podem ser abertos (ex. cobrir a cara com as mãos para esconder o rubor facial) como cobertos (ex. distrair-se, ou pensar muito bem no que vai dizer). A estratégia mais eficaz para identificar estes comportamentos consiste em analisar os comportamentos do doente associados à prevenção de acontecimentos receados.

O terapeuta pode identificar estes acontecimentos inquirindo:

- Quando você está numa situação social e se sente muito ansioso, qual é a pior coisa que acha que lhe pode acontecer?

A partir da identificação daquilo que o doente receia, o terapeuta procura estabelecer a ligação entre esse receio e o comportamento de segurança utilizado para o prevenir, inquirindo:

- Nessas alturas faz alguma coisa para tentar impedir que aconteça?

[301] Tratamento Cognitivo-Comportamental da Fobia Social

Aquilo que o doente identifica, que faz habitualmente para tentar impedir o que receia poder acontecer, corresponde aos seus comportamentos de segurança.

Outras questões úteis, na identificação dos comportamentos de segurança, e que poderão também ser utilizadas, são:

- Quando pensou que (*acontecimento receado*) podia acontecer, fez alguma coisa para tentar impedir que isso acontecesse?
- Fez alguma coisa para tentar impedir que os outros notassem?
- O que fez?
- Há alguma coisa que faça para se certificar de que as coisas vão correr bem?
- Faz alguma coisa para tentar controlar ou esconder os sintomas/problema?
- Faz alguma coisa para evitar atrair as atenções sobre si?

4. Identificação do Processamento de Si Mesmo Como Objecto Social

Algumas vezes a impressão de si mesmo, formada a partir da informação interceptava, é acompanhada por uma imagem em que o doente se vê a si mesmo a partir da perspectiva de um observador. Estas imagens de si mesmo, a partir de uma perspectiva de observador (isto é, como se estivesse a ver-se a partir de um ponto exterior a si), e que o doente relaciona com a forma como os outros o poderão estar a ver, derivam dos sinais interceptivos e das cognições experimentadas pelo doente na situação. Um fóbico social que tratamos e que, quando ansioso, tinha uma acentuada tensão muscular a nível dos músculos do pescoço, referia que, quando estava sentado com os amigos a conversar, tinha uma imagem de si mesmo em que se via a suar e a tremer visivelmente com a cabeça. Nessas alturas apoiava o rosto com a mão para impedir aquilo que na sua imagem de si mesmo um tremor grosseiro e claramente visível pelos outros. No estudo de Hackman, Surawy e Clark (1998), já descrito no capítulo 2, um fóbico social, cujo principal receio era parecer estúpido e aborrecido, descreveu assim uma imagem que lhe tinha ocorrido durante uma situação social no trabalho:

[302] Capítulo 10

”Vejo-me com aspecto de culpado, nervoso, ansioso, embaraçado. Sobressai a minha face, distorcida, intensificada, nariz grande, queixo fraco, orelhas grandes e face vermelha. A minha postura corporal é desajeitada, uma postura corporal introvertida, virada para mim mesmo. Pareço estúpido, sem pronunciar ou comunicar bem” (Hackman, Surawy & Clark, 1998, p. 9).

Ao explorar o conteúdo resultante da atenção auto-focada, devemos ter em conta quer os aspectos de si mesmo e sintomas de a doente tem mais consciência, quer os sintomas que pensa serem mais notórios para os outros, quer ainda a impressão que acha que está a fornecer aos outros, nomeadamente a imagem específica que pensa ser a que os outros têm de si nas situações sociais receadas. Para obter este tipo de informação podemos questionar o doente de diferentes maneiras:

- Quando tem receio que (*acontecimento receado*) aconteça, o que é que acontece à sua atenção? Torna-se mais consciente de si próprio e do que lhe está a acontecer? Tem dificuldade em seguir o que as outras pessoas estão a dizer? Dá menos atenção aos outros?
- À medida que foca a atenção em si próprio, em que é que repara? O que é que se toma mais consciente para si? O que é que sente mais?
- Quando se sentiu ansioso, de que sintomas estava mais consciente?
- Tem ideia de quanto esses sintomas eram visíveis para os outros?
- Nessa altura tem uma impressão de como se sente e de como está a ser o seu desempenho?
- Tem alguma imagem de como está a parecer aos outros. Descreva-me essa imagem.
- Consegue construir uma imagem de como acha que os outros o estão a ver nessa situação? Descreva-ma.
- Quando tenta esconder os seus sintomas, que impressão tem de como parece aos outros?

- Se não tivesse levado a cabo (*comportamento de segurança*) como pareceria aos outros?

[303] Tratamento Cognitivo-Comportamental da Fobia Social

A 2. Utilização de Dramatização Comportamental (Role Play)

Durante a identificação dos comportamentos de segurança, das sensações corporais experimentadas no episódio de ansiedade social e da forma como o doente sente que parece aos outros, o terapeuta deverá debater pormenorizadamente a forma como esses processos contribuem para a manutenção do problema. Um questionamento adequado e a dramatização comportamental (*role play*) de algumas situações podem ser de grande utilidade para ajudar o doente a perceber o papel dos seus comportamentos de segurança na manutenção do problema.

Por exemplo, doentes cujo receio de avaliação negativa, numa interacção social, se centra no medo de não ter nada de interessante para dizer, ou de dizer "coisas estúpidas" e que, como comportamento de segurança procuram pensar cuidadosamente o que vão dizer enquanto o interlocutor está a falar, têm menos probabilidades de ouvir com atenção e de gerar respostas apropriadas, ao mesmo tempo que dão ao interlocutor menos sinais de atenção e interesse. O terapeuta pode ajudar a identificar estes aspectos através de questões como, "Focar a sua atenção no que vai dizer, quando chegar a sua vez de falar, ajuda-o a seguir o que lhe está a ser comunicado e a gerar a resposta apropriada a isso"? O terapeuta pode também construir uma situação de conversa em *role play*, em que o doente utiliza o comportamento de segurança habitual (focando a atenção no que vai dizer e na possível avaliação do terapeuta acerca do que vai dizer), repetindo depois a mesma situação não utilizando esse comportamento de segurança (não focando a atenção no que vai dizer e respondendo espontaneamente ao que o terapeuta disse). Depois compara as duas situações avaliando o grau de ansiedade que sentiu, o quão ansioso pensa que pareceu aos outros e o nível do seu desempenho.

Obtido um modelo de trabalho que, segundo o terapeuta e o doente, traduz aquilo que acontece nos episódios de ansiedade social, as fases seguintes do tratamento implicam a manipulação dos elementos de manutenção propostos pelo modelo.

Nomeadamente, deve tentar-se que o doente verifique que: (1) a evidência com que suporta a crença nos pensamentos automáticos

[304] Capítulo 10

negativos é gerada a partir de informação interceptiva (a partir do que sente e pensa durante o período em que está auto-focado) e não a partir de dados objectivos; (2) os comportamentos de segurança, ao contrário do que ele acredita, não só não o protegem como ainda contribuem para aumentar a atenção auto-focada, exacerbar os sintomas e diminuir a qualidade do seu desempenho social.

Para atingir estes objectivos, o terapeuta pode recorrer à descoberta guiada ou a experiências comportamentais. Estas últimas envolvem pedir ao doente que, num *role play* ou numa situação social real, experimente utilizar todos os comportamentos de segurança

habituais, repetindo em seguida a mesma situação mas, desta vez, sem utilizar qualquer comportamento de segurança. Depois deve comparar as duas situações relativamente ao efeito dos comportamentos de segurança no grau de ansiedade sentido, na percepção dos seus sintomas, na visibilidade da sua ansiedade para os outros e no nível do seu desempenho. Idêntico procedimento pode ser efectuado, pedindo-lhe para estar numa situação social focando a atenção em si próprio e, depois, na mesma situação, diminuir a atenção auto-focada, focando a sua atenção em aspectos do ambiente ou das pessoas com quem está a interagir. Feito isto, deve, igualmente, avaliar o efeito da atenção auto-focada na intensidade dos sintomas e no desempenho. Alguns exemplos destas estratégias são apresentados a seguir.

1. Num doente que tem a impressão de que todos olham para ele por estar a tremer, o terapeuta pergunta "Em que é que se baseia para dizer isso? Alguma vez olhou para confirmar que estão realmente a olhar para si?". Torna-se então evidente que, nesta situação, o doente evita olhar para os outros, inferindo que estes estão a olhar para si baseado na impressão que tem (aumentada pelo processo de atenção auto-focada) de que o seu tremor é extremamente visível, ou seja, baseando-se não em factos da situação mas em informação interna.
2. Um doente que, numa situação de conversa informal, utiliza como comportamento de segurança pensar muito bem no que vai dizer, é colocado numa situação *análoga* (ex. com colegas/alunos do terapeuta) em que, numa primeira fase

[305] Tratamento Cognitivo-Comportamental da Fobia Social

utiliza esse comportamento de segurança e, numa fase posterior não o utiliza, devendo responder espontaneamente. Comparando as duas situações pode dar-se conta de que, na primeira, esteve com menos atenção à conversa, sentiu-se mais ansioso, mais auto-focado e o seu discurso foi menos fluente (logo, a qualidade do desempenho foi menor).

3. A um doente, que manifesta receio de entornar a bebida ou deixar cair o copo por tremer violentamente, é pedido que beba de um copo, primeiro utilizando os comportamentos de segurança habituais - que consistem em segurar o copo com força, levá-lo à boca muito devagar e beber em pequenos golos - e, depois, desistindo destes comportamentos de segurança. Comparando as duas situações, o doente pode aperceber-se que, na primeira, estava mais auto-focado, o tremor era maior e mais visível, entornou mais e o seu comportamento parecia menos natural. Ao mesmo doente pode, também, pedir-se que desempenhe o mesmo comportamento numa situação em que está grandemente auto-focado ou numa situação em que está a dar atenção ao ambiente externo. Em comparação, na primeira o tremor e, eventualmente, a quantidade que entornou, foram maiores.

(B) *Eliminação dos Comportamentos de Segurança*

Os comportamentos de segurança são habitualmente o primeiro alvo de intervenção.

Como foi já atrás referido, os comportamentos de segurança são um importante factor de manutenção da fobia social, pois a sua utilização impede a desconfirmação da expectativa de que alguns dos comportamentos receados (ex. tremer, fazer pausas no

discurso, dizer coisas pouco interessantes) serão avaliados negativamente pelos outros. Secundariamente, alguns comportamentos de segurança poderão ainda fornecer evidência confirmatória dos medos do doente, por exemplo, aumentando os sintomas que o fóbico social receia serem avaliados negativamente (ex. apertar mais a chávena de café para disfarçar o tremor).

[306] Capítulo 10

A modificação dos comportamentos de segurança é, pois um componente fundamental da intervenção terapêutica, e várias estratégias poderão ser utilizadas para esse fim.

Uma vez identificados os comportamentos de segurança do doente, através dos procedimentos acima descritos e do preenchimento da *Escala de Comportamentos de Segurança na Ansiedade Social* (Pinto-Gouveia, Cunha, Salvador, 1998), o terapeuta procura através de um interrogatório dirigido nesse sentido, ajudá-lo a identificar a forma como cada um deles contribui para a manutenção ou agravamento do seu problema propondo, depois, a construção de situações de *role play* que permitam ao doente testar esse efeito dos comportamentos de segurança. Como foi acima descrito, o *role play* implica o desempenho da situação em duas condições: na primeira o doente utiliza os comportamentos de segurança habituais, e na segunda pede-se que não os utilize. Depois compara o desempenho nas duas situações avaliando a ansiedade sentida, a impressão que pensa ter provocado no outro e a eficácia do seu desempenho social.

Para além desta manipulação dos comportamentos de segurança, explicada quando abordámos a socialização do doente com o modelo, podem também realizar-se gravações vídeo e/ou áudio destas experiências comportamentais, que confirmam que os comportamentos de segurança são mais visíveis e menos "naturais" que os sintomas que tentam esconder e que, por vezes, exacerbam estes sintomas.

Quando as consequências negativas da utilização dos comportamentos de segurança ficaram claras para o doente, na sequência das experiências comportamentais efectuadas durante a socialização com o modelo ou depois da visualização de gravações vídeo e áudio, terapeuta e doente combinam, como trabalho de casa, o doente experimentar não utilizar estes comportamentos de segurança durante as suas interacções habituais.

(C) Estratégias Paradoxais

Em alguns casos a utilização de estratégias paradoxais pode ser uma forma indirecta de combater os comportamentos de segurança.

[307] Tratamento Cognitivo-Comportamental da Fobia Social

A sua utilização implica pedir ao doente que crie condições que aumentem a probabilidade de acontecer a catástrofe receada, para poder desconfirmar os seus receios de avaliação negativa (Butler & Wells, 1995). Por exemplo, a um doente que procura disfarçar o seu tremor, porque receia que este seja avaliado pelos outros como um sinal de insegurança ou perturbação, poderá ser pedido que trema voluntariamente e observe a reacção dos outros ao

seu tremor, ou que entorne voluntariamente algum líquido do seu copo e observe a atenção que os outros prestam a isso. A outro doente, que evita fazer pausas no discurso porque receia ser avaliado como inseguro ou pouco dotado intelectualmente, será pedido que faça pausas prolongadas e observe a reacção dos outros a essas pausas.

(D) Estratégias para a Mudança do Foco de Atenção

A mudança da atenção auto-focada para um foco externo da atenção durante a interacção social é uma etapa fundamental do tratamento. O processo de atenção auto-focada é um importante factor de manutenção da fobia social, ao impedir o processamento do *feedback* interpessoal e a desconfirmação da expectativa de avaliação negativa pelos outros.

Quando os processos desencadeados pela atenção auto-focada são claros para o doente, e ele os identifica no seu caso pessoal (novamente, tanto através das experiências comportamentais como da visualização de vídeos), várias estratégias podem ser utilizadas para ajudar o doente a focar a atenção externamente e a processar o *feedback* interpessoal. Nos casos em que a impressão de si mesmo, formada através da informação interceptiva, é claramente distorcida, ou em que o doente acredita que os seus sinais de ansiedade são muito visíveis, pode ser também muito útil a utilização de gravações vídeo das situações de *role play*, para correcção dessa distorção. Focaremos detalhadamente mais à frente os procedimentos correctos na sua utilização.

A diminuição da atenção auto-focada e a mudança para um foco externo de atenção pode ser facilitada através do treino de tarefas

[308] Capítulo 10

que obrigam o doente a focar a atenção nos outros, com exemplo identificar a cor dos olhos dos indivíduos com quem está a interagir, tentar imaginar as características pessoais dos outros através da forma como estão vestidos, o seu estado de humor a partir da expressão facial, etc.. Estas tarefas ajudam o doente a desenvolver hábitos de analisar e avaliar o comportamento dos outros diminuindo a atenção auto-focada. O doente é, então, encorajado a levar a cabo as suas interacções habituais, não só desistindo dos comportamentos de segurança, como já foi referido, mas também eliminando a atenção auto-focada e focando a sua atenção em factores externos da situação que lhe fornecerão nova informação. O terapeuta deverá identificar a forma como esta nova informação é interpretada de forma a corrigir qualquer tendência do doente para distorcer ou desvalorizar esta nova informação (Butler & Wells, 1995).

(E) Manipulação da Auto-Imagem e Construção de uma Auto-Imagem Social Mais Verídica

Como já tivemos oportunidade de referir, a maior fonte de evidência da existência de auto-avaliações negativas e do que os fóbicos sociais inferem ser o conteúdo das avaliações feitas pelos outros advém do processamento do Eu como objecto social. Este processamento deve ser alvo de modificação numa fase inicial do tratamento, uma vez que

pode estar a manter no doente uma auto-imagem negativa claramente distorcida contribuindo, também, para a crença errada de que os seus sinais de ansiedade são extremamente visíveis e dando origem a uma baixa autoconfiança. Assim, uma vez estabelecido que o doente utiliza a informação interceptiva para inferir a maneira como parece aos outros, o próximo passo consiste em obter informação realista acerca de como efectivamente é a sua imagem. Várias estratégias poderão ser utilizadas no sentido de o doente desenvolver uma imagem de si mais realista e positiva durante as interacções sociais.

Uma forma de atingir este objectivo é pedir *feedback* do seu comportamento e imagem aos interlocutores, tanto depois de experiências

[309] Capítulo 10

comportamentais em situações análogas, como depois de interacções reais. Este *feedback* indica, geralmente, que o doente pareceu menos ansioso e mais competente do que estimava, fornecendo evidência de que a informação interoceptiva que utiliza para inferir o que os outros vêem e pensam dele não é fidedigna.

No entanto, a principal estratégia para modificar a auto-imagem negativa e confrontar o doente com a sua imagem real consiste em fazer gravações vídeo e / ou áudio de *role play* de situações sociais e confrontar o doente com este *feedback*. Um problema com este procedimento é que, ao rever o vídeo, o indivíduo pode novamente activar a atenção auto-focada e o processamento de informação interna, sentindo-se como se sentiu quando a situação gravada estava a decorrer. Este processo pode contaminar a avaliação objectiva da gravação. Outra dificuldade está patente quando o doente contesta a precisão da gravação alegando, ou que a gravação não "apanhou" aspectos essenciais, ou que "os sintomas não estavam tão mal quanto é costume". Para ultrapassar estas dificuldades e maximizar o efeito desta estratégia, várias "regras de ouro" devem ser observadas:

- (1) antes da gravação ser efectuada, o terapeuta deve ter planeado a sessão, procedido a algumas alterações na sala de acordo com este plano (ex. se vai confrontar a visibilidade do rubor facial, ter na estante livros com lombadas de vários tons de rosa e vermelho para depois pedir ao doente que escolha a cor que melhor se adequa ao que pensa ser o seu rubor) e ter o vídeo apontado para o que considera importante captar (no ex. anterior, focar bem, e simultaneamente, a cara do doente e a estante dos livros);

2. Antes de mostrar a imagem vídeo, e estando ainda a gravar, pedir ao doente que descreva, com detalhe e operacionalmente a imagem que pensa ter tido (ex. escolher a cor da lombada do livro que corresponde ao seu rubor, classificar de 0 a 10 quanto tremeu, ou quanto esse tremor foi visível ou pedir para tremer propositadamente como pensa que tremeu durante o *role play*);

3. instruir o doente para que, quando estiver a visualizar a gravação, o faça como se fosse um estranho, e pedir-lhe para não dar atenção a qualquer informação interna, baseando-se apenas nas imagens que está a ver (Clark & Wells, 1995; Clark, 1997; Wells, 1997).

[310] Capítulo 10

A visualização destes vídeos confronta habitualmente o doente com o facto de o "vídeo mental" que elaborou no fim do *role play* não corresponder ao vídeo real do *role play*. Mesmo quando alguns doentes mostram sinais visíveis de ansiedade, o *feedback* vídeo /áudio continua a ser valioso para mostrar que estes são sobrestimados.

Devem efectuar-se gravações de várias situações geradoras de ansiedade que demonstrem distorções na avaliação da auto-imagem. Estas gravações podem depois ser levadas para casa pelo doente para que este as visualize outra vez, o que maximiza a mudança cognitiva.

Uma vez estabelecida uma auto-imagem mais correcta, pede-se ao doente que, nas situações receadas, a utilize para substituir a auto-imagem negativa e distorcida quando esta é activada.

Outras estratégias podem ainda ser utilizadas para a modificação da auto-imagem distorcida:

- Exercícios que envolvam aumentar o foco da atenção na situação *versus* atenção auto-focada, já acima referidos.
- Encorajar o doente a tentar novos papéis na interacção social, funcionando com se estivesse a representar uma pessoa diferente (Clark & Wells, 1995).
- Técnicas de mudança de imagens em que os doentes intencionalmente formam uma imagem negativa de si mesmos e depois mudam para uma imagem de si mesmo, quando ansiosos, que seja mais precisa e correcta (Hackman, Surawy, & Clark, 1998).

(F)Retribuição das Auto-Avaliações Negativas e Restruturação de Pensamentos acerca das Avaliações e Reacções Negativas dos Outros

Esta reestruturação pode ser conseguida recorrendo a técnicas de reatribuição verbal ou a experiências comportamentais.

Técnicas de Reatribuição Verbal

Entre as técnicas de reatribuição verbal é possível utilizar vários procedimentos típicos da terapia cognitiva, nomeadamente:

[311] Tratamento Cognitivo-Comportamental da Fobia Social

(1) Identificação e modificação dos pensamentos automáticos negativos (PAN).

(2) Identificação e correcção de erros no processamento da informação. Ter em conta que os erros cognitivos mais frequentes na fobia social são: *Leitura do Pensamento* (assumir que sabe o que os outros estão a pensar; ex. "ele está a pensar que eu sou um chato"), *Pessoalização* (atribuir um significado pessoal a acontecimentos ou comportamentos dos outros, quando este significado não existe; ex. "devo ter feito qualquer coisa mal e é por isso que falam menos comigo"), *Catastrofização* (prever a pior consequência possível de uma situação; ex. "se me pedirem opinião não vou ser capaz de articular palavra").

Questões úteis para a modificação de pensamentos automáticos negativos e identificação e correcção dos erros no processamento da informação acima apontados, são: "qual é a evidência que suporta esse ponto de vista?", "existe alguma explicação alternativa?", "terão sido os seus comportamentos de segurança os responsáveis por essa atitude?", "estará a basear-se naquilo que sente e não em dados objectivos?", "existe alguma evidência contrária?", "porque é que isso é tão mau?", "qual é o pior que pode acontecer?", "está a basear-se em factos ou está a ler o pensamento do outro?", "se você fosse a outra pessoa, o que é que pensaria?", "o que é que significa se alguém não gostar de si ou se não agradar a alguém?", "se alguém pensar que você é chato, isso significa que você é mesmo?" e se outra pessoa não achar, quem tem razão?"

(3) Ajudar o doente a obter pensamentos racionais alternativos, que podem ser utilizados antes (para cortar o processamento antecipatório), durante (para cortar PAN na situação) e depois (para cortar com o processamento pós-situação).

Relativamente à utilização de pensamentos racionais alternativos, devem tomar-se precauções para que estes não funcionem como comportamentos de segurança, sendo utilizados para evitar as catástrofes que receia, e também para que não sejam tão elaborados que distraiam o doente e diminuam a sua execução na situação ou a sua atenção a informação externa desconfirmatória (Wells, 1997). Devemos, ainda, ter em atenção que, por vezes, existe de facto evidência

[312] Capítulo 10

que confirma as avaliações negativas do doente (ex. parece socialmente inapropriado por falta de aptidões sociais), em face do que devem ser estudadas com ele estratégias para modificar a situação (ex. fazer treino de aptidões sociais).

Experiências Comportamentais

Não obstante a sua utilidade, as técnicas de reatribuição verbal têm uma eficácia limitada se utilizadas isoladamente. Isto acontece devido à própria natureza das situações sociais, que por si mesmas não produzem frequentemente informação suficientemente clara e sem ambiguidades acerca da avaliação que os outros fazem de nós, e por os fóbicos sociais se controlarem de tal forma que não dispõem de testes "idóneos" acerca das consequências de uma falha no seu desempenho. Deste modo, as experiências comportamentais são um meio importante de testar as predições acerca das avaliações e/ou reacções negativas dos outros. Estas podem consistir em:

- I. Exposição.
- II. Estratégias paradoxais.
- III. Elaboração de inquéritos.

O objectivo é testar as predições do sujeito (ex. "o meu tremor ou embaraço é muito visível, vai ser o centro das atenções dos outros e será interpretado como um sinal de fraqueza ou insegurança") proporcionando-lhe mais informação, de forma a ajudá-lo a processar-se e a processar os outros mais realisticamente.

Antes de levar a cabo tanto a exposição simples como estratégias paradoxais, e para maximizar os seus efeitos na mudança cognitiva, devemos ter em atenção vários factores que são cruciais para a sua eficácia terapêutica:

1. Em primeiro lugar, devemos ter presente de que não se trata de uma exposição comportamental tradicional às situações receadas para conseguir uma habituação; trata-se, sim, de testar predições acerca dessas situações, com vista à obtenção de

[313] Tratamento Cognitivo-Comportamental da Fobia Social

uma mudança cognitiva eficaz. Para atingir este objectivo, é necessário que identifiquemos bem os factores da situação (para que a escolha da situação para a experiência seja acertada), as predições que o sujeito faz do que vai acontecer na situação (ex. "vou ficar muito nervoso, vou falar com muitas pausas e os outros vão achar-me chato") e as predições que faz acerca de comportamentos observáveis dos outros, caso as suas previsões estejam certas (ex. se alguém achar que ele é chato, como é que se comportará para com ele? o que é que se verá?). Este procedimento permitirá posteriormente comparar as suas predições com o que, de facto, aconteceu.

2. O doente deve efectuar estas experiências não levando a cabo qualquer comportamento de segurança (o que implica que estes devem ter sido meticulosamente avaliados para essas situações e que o doente foi instruído a, especificamente, não os efectuar), e orientando a sua atenção para aspectos externos da situação (o que implica que o doente já foi esclarecido acerca do papel da atenção auto-focada e já foi treinado neste tipo de estratégias). Estes dois cuidados garantirão uma diminuição da ansiedade, ao mesmo tempo que maximizam o processamento desconfirmatório (Wells, 1997).

3. Neste tipo de exposição, preconiza-se que o relaxamento não deve ser utilizado, já que poderia funcionar como um comportamento de segurança e faria o doente focar a atenção no seu corpo (ou seja, internamente), o que estaria em completo desacordo com os dois últimos aspectos que referimos. Da mesma forma, não se torna imprescindível elaborar uma lista de situações receadas, hierarquizada consoante o nível de desconforto / ansiedade que provoca, dado que o mais importante não é o grau de ansiedade experimentada pelo doente na situação, mas sim se as previsões do doente em relação a essa situação se confirmam ou não.

4. Para além de exposição "simples", podemos recorrer ainda a estratégias paradoxais. A sua utilização, já acima descrita, implica pedir ao doente que crie condições que aumentem a probabilidade de acontecer a catástrofe receada, para poder

[314] Capítulo 10

desconfirmar os seus receios de avaliação negativa, ou seja, que nas situações receadas, mostre sintomas de ansiedade, tenha um desempenho abaixo do que considera aceitável ou se comporte de forma inaceitável, ao mesmo tempo observa as reacções dos outros (Butler & Wells, 1995; Clark, 1997; Wells, 1997). Tratando-

se de uma tarefa que desencadeia grandes níveis de ansiedade, é conveniente que, numa primeira fase, o terapeuta acompanhe o doente; é ainda útil que seja ele a implementar a experiência, modelando o comportamento a testar, enquanto o doente observa como se faz e qual a reacção dos outros. Posteriormente, deve ser o próprio doente a levar a cabo a mesma experiência, sendo recomendado que pratique este tipo de exercício como tarefa de casa. Por exemplo, num doente que acredita que o seu tremor ao tomar café é visível e se torna o centro de atenção dos outros, o terapeuta poderá acompanhar o doente ao café, tremer voluntariamente ao levar a chávena à boca enquanto o doente observa quem está a dar sinais de estar a reparar e prestar atenção a esse tremor. Seguidamente, será pedido ao doente que faça a mesma coisa, mas olhando para as pessoas das outras mesas e reparando quem está a dar atenção ao seu tremor.

Uma outra forma de testar a veracidade das atribuições que o doente faz relativamente à avaliação negativa dos outros, consiste em pedir-lhe que elabore inquéritos em que deve tentar obter respostas de várias pessoas a uma pergunta relacionada com o que acredita ser inaceitável fazer (ex. "o que pensaria se visse um rapaz meter conversa com uma rapariga?", "porque é que as pessoas gaguejam?" "pensaria mal de uma pessoa que gagueja?"). As respostas devem ser trazidas para a consulta e o seu resultado deve ser cuidadosamente revisto e debatido com o doente.

(G) Terminar com o Processamento Antecipatório

O processamento antecipatório ocorre no fórbico social antes de entrar na situação social receada, e envolve, habitualmente, imaginar

[315] Tratamento Cognitivo-Comportamental da Fobia Social

o que de negativo poderá acontecer, ou recordar o que de negativo aconteceu em situações anteriores do mesmo tipo. Este processo produz ansiedade antecipatória e atenção auto-focada que são, por sua vez, tomados como evidência de que o pior pode acontecer, podendo o indivíduo ou evitar a situação, ou entrar nela já auto-focado. Por outro lado, é nesta fase que o indivíduo imagina desempenhos que levará a cabo na situação, o que pode ser um comportamento de segurança e originar regras rígidas acerca de como se deve comportar. Assim, o conteúdo deste processamento é identificado com o doente e é debatido até que ponto as pistas fornecidas por ele são fidedignas, bem como até que ponto este factor contribui para a manutenção das suas dificuldades, não permitindo ter acesso a informação desconfirmatória. O doente é depois encorajado a combater e eliminar a sua tendência para fazer o processamento antecipatório das situações receadas.

(H) Terminar com a Autópsia das Interações Sociais

Depois de identificadas as autópsias que o doente usualmente faz, e de ter sido debatido o seu efeito na manutenção duma percepção incorrecta e negativa do seu desempenho social, o doente é instruído a deixar de rever detalhadamente o seu

desempenho no fim de cada interação social. Poderá ser útil, no sentido de ajudar o doente a combater a sua tendência para fazer a autópsia das suas interações sociais, rever com o doente o que aconteceu nas situações em que não utilizou comportamentos de segurança e foi capaz de manter a atenção focada externamente, identificando as vantagens que tirou disso.

(I) *Modificação do Auto-esquema e das Suposições Condicionais*

Alguns doentes com fobia social (especialmente quando há concomitantemente distúrbio evitante de personalidade) possuem esquemas precoces mal-adaptativos (tal como foram conceptualizados

[316] Capítulo 10

por Young, 1990), mais frequentemente esquemas de Desconfiança/Abuso, Defeito, Indesejabilidade Social, Subjugação (Cunha & Gouveia, 1999). Nestes casos poderão ser utilizadas as estratégias terapêuticas da *Terapia Focada no Esquemas* de Young (Young, 1990; Young & Lindmann, 1992).

Quando tal não acontece são utilizados os métodos habituais de terapia cognitiva para a modificação de crenças condicionais e incondicionais (esquemas), que podem incluir:

- Identificação e confrontação dos pensamentos automático negativos.
- Questionar os dados que apoiam as crenças do doente ("Os outros acham-me ridículo"; "Se perceberem que estou ansioso vão ver-me como anormal") e coligir evidência que desconfirma essas crenças.
- Identificação e correcção do processamento enviesado. Os erros mais frequentes na fobia social foram já acima apontados. *Leitura da Mente* (assumir que sabe o que os outros pensam); *Pessoalização* (atribuir um significado pessoal a acontecimentos ou ao comportamento dos outros quando esse significado não existe); *Catastrofização* (prever a pior consequência possível de uma situação); *Abstracção Selectiva* (processar selectivamente informação negativa, tirando uma conclusão com base num detalhe retirado do seu contexto).

(J) *Aspectos Interpessoais e Desenvolvimento duma Mentalidade Hedónica*

As crenças acerca dos outros e do comportamento destes em situações sociais podem ser um elemento importante na constelação de suposições pessoais associadas à fobia social. No nosso protocolo, avaliamos as expectativas acerca do comportamento dos outros através da entrevista e dos *Questionário de Esquemas Interpessoais* (QEI;

[317] Tratamento Cognitivo-Comportamental da Fobia Social

Safran & Hill, 1989; Pinto-Gouveia, Cunha & Robalo, 1997) e *Inventário de Cognações Interpessoais* (ICI; Pinto-Gouveia, em preparação). Procura-se aqui identificar em que medida existe no doente uma visão dos outros como especialmente críticos, hostis ou

dominantes, e até que ponto isso pode contribuir para a experiência de ansiedade ou medo em algumas situações sociais.

Quando são identificadas crenças e expectativas claramente distorcidas acerca do comportamento dos outros, isto é, quando o doente possui expectativas que, na sua generalidade, os outros vão reagir com respostas de hostilidade e dominância aos seus comportamentos de aproximação e colaboração, esses aspectos são debatidos e trabalhados com métodos para reestruturação dessas crenças, que, no seu essencial, são semelhantes aos processos já acima descritos para a modificação das suposições condicionais (ex. programação de experiências comportamentais para desconfirmação da crença).

Paralelamente, procura-se que o doente desenvolva uma visão das relações interpessoais menos hostil e competitiva e mais colaborativa, que diminua a sua tendência para reagir de uma forma agónica nas suas relações sociais (Trower & Gilbert, 1989).

Nesse sentido o doente é estimulado a desenvolver comportamentos de cooperação e de expressão emocional positiva que tendam a evocar respostas de aceitação e reforço social nos outros. Também a participação em grupos culturais, desportivos ou de ajuda social que tenham afinidades com os interesses do doente é encorajada procurando diversificar o leque das suas experiências sociais.

Referências

- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford
- Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties. *Behav. Res. Ther.*, 23, 651-657.
- Butler, G., & Wells, A. (1995). Cognitive-Behavioral Treatments: Clinical Applications. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope and F. R. Schneier (Eds), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York: Guilford

[318] Capítulo 10

- Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P., & Gelder, M (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.
- Clark, D. A. (1997). Panic disorder and social phobia. In David M. Clark and Christopher G. Fairburn (Eds.), *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Clark, M. D., & Wells, A. (1995). A Cognitive Model of Social Phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope and F. R. Schneier (Eds), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York: Guilford
- Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (1999). Ansiedade Social e Auto-representação: contributo dos esquemas precoces mal-adaptativos e dos esquemas cognitivos interpessoais. *Psychologica*, 21, 5-25.

- Hackman, A., Surawy, C., & Clark, D. M. (1998). Seeing yourself through others' eyes: a study of spontaneous occurring images in social phobia *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 26, 3-12.
- Heimberg, R. G., & Barlow, D. H. (1988). Psychosocial treatments for social phobia. *Psychosomatics*, 29, 27-37.
- Heimberg, R. G., Barlow, D. H. (1991). New developments in cognitive-behavioral therapy for social phobia. *Journal Clinical Psychiatry*, 52, 21-30.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, I. J., & Becker, R. E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23.
- Heimberg, R. G., Salzman, D. G., Holt, C. S., & Blendall, K. (1993). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year follow-up. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 325-339.
- Hope, D. A., & Heimberg, R. G. (1993). Social phobia and social anxiety. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Leibowitz, M. R., & Heimberg, R. G. (1996). Issues in the design of trials for the evaluation of psychopharmacological treatments for social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (suppl.3), 49-53.
- Mattick, R. P., & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.
- Mattick, R. P., Peters, L., & Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 3-23.
- Pinto-Gouveia, J. (1986). Tratamento da ansiedade social. *Psiquiatria Clínica*, 7, 35-42.
- Pinto-Gouveia, J. (1997). Modelos cognitivos de fobia social: conceptualizações teóricas, apoio empírico e implicações terapêuticas. *Psiquiatria Clínica*, 18, 295-311.
- Pinto-Gouveia, J. (em preparação). O Inventário de Cognições Interpessoais.

[319] Tratamento Cognitivo-Comportamental da Fobia Social

- Pinto Gouveia, J., Cunha, M., Robalo, M. (1997). Avaliação de Esquemas Interpessoais: A versão portuguesa do Questionário de Esquemas Interpessoais de Safran e Hill. *Psychologica*, 17, 105-127.
- Pinto Gouveia, J., Cunha, M., & Salvador, M. C. (1998). Assessment of Safety Behaviors in Social Phobia. Poster apresentado no 28th European Congress of Cognitive Behavior Therapy. Irlanda, Cork, 8-12 Setembro.
- Safran, J. D., & Hill, C. R. (1989). The Interpersonal Schema Questionnaire. Manuscrito não publicado.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.*, 27, 1-9.
- Trower, P. (1980). Situational analysis of the components and processes of behavior of socially skilled and unskilled patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 327-339.

Trower, P., & Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 19-35.

Turner, S., Beidel, D., Cooley, M., Woody, S., & Messer, S. (1994). A multicomponent behavioral treatment for social phobia: social effectiveness therapy. *Behav. Res. Ther.*, 32, 381-390.

Wells, A. (1997). Social Phobia. Cap.7 do livro *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. New York: Wiley.

Wells, A., Clark, D. M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A., & Gelder, M. G. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy*, 26, 153-161.

Young, J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.

Young, J., & Lindemann, M. (1992). An integrative schema-focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 6, 11-23.

[320]

[321]

Capítulo 11

Tratamento Farmacológico da Fobia social

José Pinto Gouveia

Introdução

Este capítulo é uma extensão e actualização do artigo *Tratamento farmacológico da fobia social*, publicado na revista *Psiquiatria Clínica*, Vol. 18, de 1997. A organização do capítulo mantém, no essencial, o formato então utilizado, tendo sido acrescentados os estudos acerca da eficácia de psicofármacos na fobia social que foram publicados após a publicação do referido artigo. Também os comentários acerca das condições de utilização de psicofármacos no tratamento da fobia social foram reformulados de forma a terem em conta os dados de investigação recolhidos nos dois últimos anos. Na verdade, embora não muito numerosos, os estudos publicados durante os dois últimos anos alteraram consideravelmente as indicações terapêuticas para a fobia social. A eficácia de alguns medicamentos como o moclobemide, que há dois anos atrás surgia como um produto de primeira linha no tratamento de fobia social, não se comprovou em posteriores estudos controlados, e uma série de novos estudos mostraram a eficácia dos inibidores selectivos da recaptação da serotonina (ISRS), e entre estes, a especial eficácia da paroxetina, o fármaco melhor estudado neste grupo. Outros produtos como a buspirona não confirmaram a eficácia que alguns estudos iniciais sugeriam.

Este capítulo mantém assim a ênfase na revisão das investigações publicadas sobre a eficácia terapêutica dos psicofármacos na

[322] Capítulo 11

fobia social e nas questões práticas da sua utilização correcta na clínica da fobia social.

A constatação que o quadro clínico da fobia social rés tratamento farmacológico, foi um factor importante na emergência do interesse por este distúrbio ansioso a partir de 1985. Os estudos não controlados da eficácia terapêutica do atenolol (Gorman et al., 1985) e da fenelzina (Liebowitz *et al.*, 1986) na fobia social, abriram a porta a uma intensa e mais rigorosa investigação da eficácia do psicofármacos neste quadro clínico, com estudos duplamente cegos e controlados com placebo. Os resultados de alguns destes estudos mostraram que existe um conjunto de medicamentos que podem ser de grande utilidade no alívio do desconforto e evitamento de situações sociais experimentado pelos fóbicos sociais.

Eficácia Terapêutica dos Psicofármacos na Fobia Social

Beta-Bloqueantes

O racional para a utilização dos beta-bloqueantes na fobia social baseia-se no seu efeito de diminuição dos sintomas resultantes da activação simpática associada à ansiedade, como a taquicardia, o tremor e o rubor. Devido a este efeito, os beta-bloqueantes são há longo tempo utilizados por músicos e artistas, em situações específicas de ansiedade de desempenho, com aparentes efeitos benéficos. Um primeiro estudo aberto da utilização do atenolol em doses de 50 a 100 mg (Gorman *et al.*, 1985) sugeriu a sua utilidade terapêutica quer na fobia social generalizada quer nos sintomas de ansiedade de desempenho. No entanto, em estudos controlados, o atenolol (Liebowitz *et al.*, 1992; Turner, Beidel & Jacob, 1994), e o propranolol (Falloon, Lloyd & Harpin, 1981) não demonstraram efeitos terapêuticos significativamente superiores ao placebo. Na interpretação destes resultados há que ter em conta que as amostras destes estudos controlados incluíam doentes com fobia social generalizada e o número de doentes com fobia social específica de desempenho era, provavelmente, demasiado pequeno para permitir identificar diferenças significativas com o placebo (Leibowitz & Marshal, 1995; Leibowitz & Heimberg, 1996). Outro

[323] Tratamento Farmacológico da Fobia social

aspecto a ter em consideração na interpretação destes resultados reside na forma de utilização dos beta-bloqueantes. A experiência clínica sugere sobretudo a sua utilidade nas situações de fobia social circunscrita a situações de desempenho social e com as quais o indivíduo se confronta ocasionalmente (falar em público, actuação artística, etc.). Nesse sentido, um beta-bloqueante, como o propranolol pode mostrar-se útil, não em toma diária, mas utilizado apenas na ocasião em que o indivíduo se vai confrontar com essa situação. Nestes casos, a sua toma cerca de 45 a 60 minutos antes do indivíduo iniciar o seu desempenho social reduz os sintomas desconfortáveis da activação simpática, podendo diminuir ou interromper o ciclo *de feedback* positivo que frequentemente acontece nos doentes com ansiedade de desempenho. Neste tipo de ciclo, os sintomas somáticos de ansiedade gerados pelo confronto com a situação interferem com o desempenho e são fonte de novas interpretações ansiogénicas, originando mais ansiedade e aumento dos sintomas

físicos, numa espiral que aumenta até a ansiedade ficar fora do controlo do indivíduo (Clark & Wells, 1995; Leibowitz & Marshall, 1995). Embora ainda não tenham sido realizados estudos controlados acerca da eficácia terapêutica numa utilização intermitente do propranolol em populações clínicas com fobia social de desempenho, estudos em populações não clínicas sugerem a sua utilidade (Potts & Davidson, 1995). Leibowitz e Marshall (1995) apontam que o propranolol será o beta-bloqueante mais aconselhável para este tipo de utilização, dado ser relativamente bem tolerado e o seu efeito hipotensor ser compensado pela activação simpática resultante da ansiedade (Leibowitz & Marshall, 1995). A sua utilização deve ser precedida de um teste de tolerância em que o doente avalia os efeitos de uma toma de 10 a 20 mg na sua frequência cardíaca, ajustando depois a dose terapêutica.

Inibidores da Monoamino Oxidase (IMAOs)

Inibidores irreversíveis da monoamino oxidase

A fenelzina e a tranilcipromina são os IMAO mais utilizados e estudados na fobia social. Dado não existirem no mercado nacional,

[324] Capítulo 11

faremos apenas uma revisão pormenorizada dos estudos utilizados a fenelzina, pois ela representa um fármaco de referência no tratamento da fobia social, e tomar-se-ia difícil comparar os resultados obtidos em alguns estudos controlados, desconhecendo os resultados obtidos com a fenelzina. Em relação à tranilcipromina, é de referir que os estudos abertos que estudaram a sua eficácia na fobia social obtiveram resultados terapêuticos positivos (Versiani, Mundim, *et al.*, 1988; Versiani, Nardi, *et al.*, 1989).

A fenelzina é dos fármacos melhor investigados na fobia social e aquele que de forma mais consistente tem revelado resultados terapêuticos positivos, quer em estudos abertos, quer em estudos controlados. Embora os seus efeitos tivessem sido já estudados em populações mistas de agorafóbicos e fóbicos sociais, o primeiro estudo aberto da fenelzina numa população exclusiva de fóbicos sociais, foi realizado por Liebowitz, Fyer, Gorman, Campeas e Levin (1986). Este estudo envolveu 11 fóbicos sociais diagnosticados segundo os critérios da DSM-III, e forneceu resultados encorajadores acerca da utilidade da fenelzina na fobia social, ao mostrar que ao fim de oito semanas de tratamento 64% dos doentes melhoraram acentuadamente e 34% melhoraram moderadamente. O efeito terapêutico iniciou-se dentro das primeiras quatro semanas de tratamento e em mais de metade dos doentes a dose terapêutica eficaz foi de 45 mg/dia ou menos.

Estes resultados positivos foram posteriormente confirmados em três estudos controlados (Gelernter *et al.*, 1991; Liebowitz *et al.*, 1992; Versiani *et al.*, 1992). Gelernter e cols. (1991) realizaram um estudo duplamente cego com controlo de placebo em que compararam a eficácia terapêutica da terapia cognitivo-comportamental em grupo, a fenelzina e o alprazolam, numa amostra de 65 fóbicos sociais diagnosticados segundo os critérios da DSM-III-R. Todos os doentes receberam instruções para auto-exposição, tendo a fenelzina e o alprazolam sido utilizados em doses diárias que variaram entre os 30 e os 90

mg e os 2.1 e os 6.3 mg, respectivamente. Os resultados, avaliados em termos das pontuações no *Fear Questionnaire* (FQ; Marks & Marks & Mathews, 1979) às 12 semanas de tratamento, mostraram uma melhoria em 69% dos doentes medicados com fenelzina, contra 38% dos doentes no grupo do alprazolam, 24% no grupo da terapia cognitivo-comportamental

[325] Tratamento Farmacológico da Fobia social

e 20% no grupo placebo. No estudo de seguimento, 2 meses após ter terminado o tratamento, os doentes do grupo da fenelzina e após e da terapia cognitivo-comportamental tendiam a manter os ganhos da terapêuticos tendo os doentes do grupo do alprazolam recaído. Os resultados deste estudo são de difícil interpretação e pouco conclusivos por vários motivos. Em primeiro lugar, a metodologia utilizada no estudo não representa um teste válido à terapia farmacológica dado que todos os doentes receberam instruções para auto-exposição. Em segundo lugar, é duvidoso que o grupo de placebo mais instruções auto-exposição represente verdadeiramente um grupo de comparação inactivo. Finalmente, o critério utilizado para avaliação dos resultados só considerava como melhorados os doentes que obtivessem pontuações na sub-escala de fobia social do FQ, inferiores à média obtida em amostras normativas. Este critério foi possivelmente excessivamente exigente dado que as médias das amostras normativas utilizadas era inferiores à média da amostra original de Marks & Mathews (1979), diminuindo assim a possibilidade de indivíduos com resposta positiva serem avaliados como melhorados (Potts & Davidson, 1995).

Mais conclusivos são os resultados obtidos no estudo de Liebowitz e cols. (1992), também duplamente cego e controlado com placebo, em que foi avaliada a eficácia terapêutica da fenelzina e do beta-bloqueante atenolol, em 74 doentes com fobia social generalizada e circunscrita tendo sido excluídos os doentes com depressão major. A metodologia do estudo envolvia três fases de avaliação: uma fase de 8 semanas de tratamento, seguida de 8 semanas de manutenção e 8 semanas de seguimento em que a medicação era retirada. A avaliação da resposta terapêutica à 8ª semana de tratamento foi feita através da Escala de Impressão Clínica Global (*Clinical Global Impression*; CGI; Guy, 1976, in Potts & Davidson, 1995), das escalas de auto-resposta, *Social Avoidance and Distress Scale* (SAD; Watson & Friend, 1969), *Fear of Negative Evaluation* (FNE; Watson & Friend, 1969), *Symptom Check List-90* (SCL-90; Derogatis, Lipman & Covi, 1973), *Sheehan Disability Scale* (SDS; Sheehan, 1984), e de escalas de avaliação clínica de várias aspectos da fobia social e depressão, como o desconforto e evitamento em situações sociais, e o funcionamento social e no trabalho, a Liebowitz

[326] Capítulo 11

Social Anxiety Scale (LSAS; Leibowitz, 1987), o *Social Phobic Disorders Severity and Change Form* (SPDSC; Leibowitz et al., 1986) e Escalas de Hamilton para a Depressão e Ansiedade (Hamilton, 1959, 1960), preenchidas por avaliador independente. Os resultados mostraram que 64% (13 de 19) dos doentes medicados com fenelzina (dose média 75.7 mg), 30% (7 de 23) dos doentes medicados com atenolol (dose média 97.6 mg) e 23% dos doentes com placebo, obtiveram resposta terapêutica positiva. Quando divididos em função

do tipo de fobia social, os doentes com fobia social generalizada apresentavam resultados sensivelmente semelhantes aos da amostra global, com resultados positivos em 68% (13 em 19) dos doentes que tomaram fenelzina, 28% (5 em 18) nos doentes que tomaram atenolol e 21% (4 em 19) no grupo placebo. Nos doentes com fobia específica ou circunscrita, verificou-se uma resposta positiva em 50% (3 em 6) do grupo da fenelzina, 40% (2 em 5) do grupo do atenolol e 29% (2 em 7) no grupo do placebo. O número reduzido de doentes que entraram na fase de manutenção e na fase de suspensão da medicação não permite comparações conclusivas, embora seja possível identificar uma tendência para os benefícios terapêuticos obtidos na primeira fase se manterem na fase de manutenção e diminuírem acentuadamente na fase de suspensão da medicação.

Finalmente, Versiani e cols. (1992) compararam a eficácia terapêutica da fenelzina e do moclobemide em 78 doentes com fobia social diagnosticados segundo os critérios da DSM-III-R, num estudo em dupla ocultação e com grupo placebo de controlo. De forma semelhante ao estudo de Liebowitz e cols. (1992), o estudo foi delineado em três fases. Uma fase de 8 semanas de tratamento, seguida de uma fase de mais oito semanas de manutenção da medicação para os doentes que tinham obtido uma resposta terapêutica positiva. No fim desta segunda fase, os doentes recebiam placebo ou medicação durante mais 8 semanas. A fenelzina e o moclobemide foram utilizadas em dosagens flexíveis até um máximo de 90 mg para a fenelzina e de 600 mg para o moclobemide. Os resultados, tal como no estudo anterior, foram avaliados através de escalas de auto-resposta (SAD, FNE, SCL-90, SDS) e escalas de avaliação clínica *Clinical Global Impression* (CGI) e *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS) que permitiam medidas da

[327] Tratamento Farmacológico da Fobia social

severidade dos sintomas da fobia social e dos comportamentos com eles relacionados, assim como o grau de limitação e interferência na vida do doente. À oitava semana, 96% dos doentes do grupo da fenelzina (dose média 69.3 mg) e 81% dos doentes do grupo do moclobemide (dose média 583.2 mg) mostravam-se muito melhorados ou sem sintomas, comparadas com 23% dos doentes a tomarem placebo. A comparação entre a fenelzina e o moclobemide mostrou que, embora à quarta semana a fenelzina se mostrasse superior ao moclobemide, não havia diferenças significativas entre os dois produtos nas medidas de avaliação de resultados positivos à oitava semana, excepto na sub-escala de evitamento social da *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS) em que a fenelzina se mostrava superior. Tendo em conta que à quarta semana as dosagens eram de 60 mg para a fenelzina e de 400 mg para o moclobemide, estes resultados sugerem que os efeitos terapêuticos do moclobemide aumentaram quando a dose foi aumentada para 600 mg. Em termos de efeitos secundários o moclobemide mostrou-se melhor tolerado e com menos efeitos secundários que a fenelzina.

No seu conjunto, estes três estudos controlados mostram que a fenelzina tem uma acção terapêutica em cerca de dois terços dos doentes com fobia social. O seu efeito positivo parece manter-se com uma utilização continuada, mas a sua interrupção origina uma elevada taxa de recorrência da sintomatologia. O reduzido número de doentes com fobia social específica nas amostras estudadas não permite tirar conclusões seguras acerca da sua eficácia neste tipos de fobia social. A sua utilização corrente no tratamento da fobia

social está no entanto condicionada por vários factores negativos, como a elevada incidência de efeitos secundários mal tolerados pelos doentes e as rigorosas restrições dietéticas necessárias para prevenir o risco de crises hipertensivas, originadas pela sua potenciação do efeito pressor da tiramina.

Os bons resultados obtidos pela fenelzina em estudos controlados e pela tranlycypromina em estudos abertos, despertaram o interesse pelo estudo da eficácia terapêutica na fobia social dos inibidores reversíveis da monoamino oxidase, dadas as suas vantagens de segurança e menores efeitos secundários que os primeiros.

[328] Capítulo 11

Inibidores reversíveis da monoamino oxidase A (RIMAs)

Os resultados dos estudos que investigaram a eficácia terapêutica na fobia social de dois inibidores selectivos e reversíveis da monoamino oxidase A, o moclobemide e a brofaromina, forneceram resultados positivos (Versiani *et al.*, 1992; Bisserbe, Lepine & GRp Group 1994; Versiani *et al.*, 1996; Vliet, Boer, & Westenberg, 1992). Dado que a brofaromina não está comercializada em Portugal e foi recentemente retirada da investigação em estudos clínicos (Liebowitz & Marshall, 1995), focaremos a nossa atenção apenas no moclobemide.

O moclobemide é um inibidor reversível da monoamino oxidase A (RIMA). Os seus efeitos inibidores são rapidamente reversíveis e a sua acção é selectiva sobre a monoamino oxidase A, não interferindo com a monoamino oxidase B. O risco das crises hipertensivas provocadas pela não desaminação da tiramina fica, assim, muito diminuído, tomando-se desnecessárias as rigorosas restrições dietéticas que a utilização dos IMAO irreversíveis exigiam. A sua acção afecta a metabolização da nor-epinefrina e da serotonina, mas permite a degradação de outras substâncias como a dopamina, que são metabolizadas pelos subtipos A e B da monoamino oxidase (Potts & Davidson, 1995).

O primeiro estudo a investigar a eficácia do moclobemide da fobia social foi realizado por Versiani e cols. (1992) e os seus resultados foram já acima descritos em pormenor. Resumindo, o moclobemide mostrou-se menos eficaz que a fenelzina, mas 81% dos fóbicos sociais medicados com o moclobemide e que se mantinham no estudo à 8ª semana (21 em 26), mostravam uma resposta terapêutica positiva, sendo classificados como muito melhorados. A eficácia terapêutica mantinha-se à 16ª semana em 82% dos indivíduos que ainda permaneciam no estudo (17 em 26). Este primeiro estudo do moclobemide sugeria, deste modo, que a sua acção era eficaz na fobia social e que os seus efeitos terapêuticos se mantinham pelo menos 16 semanas. A análise dos resultados sugeria ainda que a dose terapêutica mais eficaz era de 600mg, e que doses de 400 mg eram provavelmente menos eficazes.

Um segundo estudo foi realizado em França por Bisserbe, Lepine

[329] Tratamento Farmacológico da Fobia social

e GRP Group (1994) em 35 fóbicos sociais não deprimidos, diagnosticados segundo os critérios da DSM-III-R. Este estudo obedecia a uma metodologia de estudo multicêntrico

aberto e teve a duração de doze semanas, variando as doses utilizadas entre 300 e 600 mg. Embora o número de doentes que completaram as 12 semanas de tratamento fosse relativamente pequeno, dada a elevada taxa de abandonos (18 em 35), os resultados mostraram que na avaliação pela escala *Clinical Global Impressions* (CGI), a percentagem de indivíduos classificados como muito ou muitíssimo melhorados (pontuação de 2 ou 1 na CGI) era de 29% (8 em 28) à 4ª semana, 50% (12 em 24) à 8ª semana e 94% (17 em 18) à 12 semana. Em relação aos doentes que tinham recebido pelo menos 4 semanas de tratamento, 61% (17 em 28), tinham uma resposta positiva à 12ª semana. Também na *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS; Liebowitz, 1987) que mede o medo e evitamento de situações sociais, os doentes avaliados à 12ª semana mostraram reduções de 2 a 3 desvios-padrão nas subescalas de medo e de evitamento. Dos 18 doentes que não completaram as 12 semanas do estudo, 8 abandonaram devido aos efeitos secundários, 4 abandonaram por ausência de resposta terapêutica, 1 doente foi retirado do estudo por crise convulsiva, 2 por depressão, 2 por razões não relacionadas com o tratamento e 1 por resposta terapêutica precoce. Uma tolerância boa ou muito boa ao moclobemide foi avaliada pelos investigadores em 23 dos casos e pelos doentes em 20 casos.

Apesar das limitações inerentes à metodologia utilizada neste estudo, os seus resultados apoiavam a eficácia terapêutica do moclobemide verificada no estudo controlado de Versiani e cols. (1992). Tal como no estudo anterior, o número de doentes com resposta terapêutica positiva aumentou ao longo das 12 semanas de tratamento, sugerindo assim que alguns doentes poderão ter uma resposta positiva ao moclobemide só a partir de 2 a 3 meses de tratamento.

Um terceiro estudo, investigou a eficácia terapêutica a longo prazo do moclobemide (Versiani *et al.*, 1996). Neste estudo não controlado, os autores investigaram a eficácia a longo prazo do moclobemide na dose diária de 600-750 mg (dose alvo a ser atingida progressivamente), em 101 fóbicos sociais diagnosticados segundo os critérios da DSM-III-R. estudo foi delineado em três fases: uma primeira fase

[330] Capítulo 11

de tratamento com dois anos de duração, a que se seguia um período sem medicação de pelo menos um mês de duração, e uma terceira fase de tratamento com moclobemide para os doentes em que tinha havido recorrência de sintomas. Esta última fase tinha também duração de 2 anos.

Cinquenta e nove doentes (58.4%) completaram a fase I. A percentagem dos doentes com resposta terapêutica positiva, avaliada pelo *Clinical Impressions of Severity of Social Phobia* (CIS-SP), foi de 29.3% (29 de 99) ao quarto mês, 52.5% (52 de 99) ao ano e 59.2% (53 de 99) no fim desta fase.

Dos 59 doentes que terminaram esta fase e entraram na segunda fase (sem medicação), 7 doentes abandonaram o estudo devido ao seu estado de remissão continuada, tendo havido uma deterioração significativa em todos os outros.

Cinquenta e um destes doentes entraram na terceira fase do estudo e voltaram a ser medicados com doses até 750 mg de moclobemide. Como a maioria dos doentes estavam ainda a ser medicada na altura da publicação dos resultados do estudo, apenas são

apresentadas as percentagens de doentes com resposta positiva ao terceiro e sexto mês desta fase, e que foram de 24.2% (24 de 99) e 45.5% (45 de 99) respectivamente.

Embora os resultados deste estudo não possam ser comparados directamente com os obtidos em estudos anteriores (Versiani *et al.*, 1992; Bisserbe *et al.*, 1994), a resposta terapêutica ao moclobemide foi neste estudo mais lenta que nos estudos anteriores. Ao comentarem os resultados obtidos, os autores sugerem que a existência de elevada comorbilidade na amostra e a longa duração da fobia social na maioria dos doentes podem ter influenciado negativamente os resultados, em comparação com estudos anteriores. A taxa de respostas positivas de 59.2%, ao fim de dois anos de tratamento, é muito semelhante às percentagem de respostas positivas obtidas em estudos de menor duração (Versiani *et al.*, 1992; Bisserbe *et al.*, 1994), mostrando que o moclobemide mantém a sua eficácia em situações de uso prolongado e é bem tolerado. No entanto, a elevada percentagem de recorrências (88%) ocorrida quando a medicação foi descontinuada mostra que na fobia social, mesmo com tratamentos de longa duração, a recaída é mais regra que excepção, quando a medicação é retirada.

[331] Tratamento Farmacológico da Fobia social

Finalmente, num estudo multicêntrico, em dupla ocultação e controlado com placebo (Katschnig, Stein, & Buller, 1997) que envolveu 578 doentes, foi investigada a eficácia do moclobemide em doses de 300 e 600 mg/dia. Os resultados mostram que, em ambas as doses, o moclobemide era mais eficaz que o placebo, mas a diferença era estatisticamente mais significativa no grupo medicado com a dose de 600 mg. Após 12 semanas de tratamento as taxas de doentes com resposta terapêutica positiva eram de 47% para o moclobemide 600 mg, 41% para o moclobemide 300 mg e 34% para o placebo.

Infelizmente, os resultados destes estudos, que embora sugerissem um efeito modesto, apontavam para a eficácia terapêutica do moclobemide na fobia social, não foram confirmados em dois estudos recentes (Noyes *et al.*, 1997; Schneier *et al.*, 1998).

O estudo de Noye e cols. (1997) envolveu 583 doentes numa metodologia de dupla ocultação e controlada com placebo, teve uma duração de 12 semanas e utilizou 5 diferentes dosagens de moclobemide (75-900 mg/dia). Os resultados mostram que não existia uma diferença significativa entre o moclobemide e o placebo, com 35% dos doentes que tomaram a dose mais elevada de moclobemide e 33% dos doentes do grupo placebo a apresentar uma resposta terapêutica positiva no fim do tratamento.

Também no estudo controlado de Schneier e cols. (1998) em 77 fóbicos sociais, não foram encontradas diferenças entre a eficácia terapêutica do moclobemide e o placebo, com respostas terapêuticas positivas de 17.5% com o moclobemide e 13.5 com o placebo.

Estes resultados colocam dúvidas sobre a eficácia terapêutica do moclobemide obtida em estudos anteriores, e não apoiam a utilização do moclobemide como um fármaco de primeira linha no tratamento da fobia social.

Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina (ISRSs)

Os dados iniciais acerca da eficácia dos ISRS na fobia social foram obtidos em estudos não controlados e envolvendo um reduzido número de doentes.

Mais recentemente, a fluvoxamina, a paroxetina e a sertralina foram investigadas em estudos controlados com placebo.

O ISRS melhor investigado e o único que recebeu indicação na União Europeia para o tratamento da fobia social é a paroxetina que, em doses de 20 a 50 mg dia, se mostrou eficaz em três estudos controlados. A elevada comorbilidade da fobia social generalizada com outros distúrbios comórbidos, e o facto de ser uma doença crónica a necessitar de longos períodos de tratamento faz dos ISRS os fármacos de primeira linha no tratamento da fobia social, dado a sua eficácia nesses distúrbios comórbidos, o seu baixo potencial para o desenvolvimento de dependência e a sua boa tolerância e segurança.

Paroxetina

A paroxetina é o ISRS melhor estudado para o tratamento da fobia social e o fármaco actualmente mais investigado neste distúrbio.

A eficácia da paroxetina no tratamento da fobia social começou por ser investigada num estudo de dois casos (Ringold, 1994) e em dois estudos abertos não controlados (Mancini & Ameringen, 1996, Stein *et al.*, 1996). Os resultados terapêuticos obtidos nestes dois estudos abertos, foram muito positivos, com o estudo de Mancini e Ameringen, (1996) a mostrar que ao fim de 12 semanas de tratamento 83% dos doentes se apresentavam como melhorados ou muito melhorados na avaliação pela *Clinical Global Impression (CGI; Guy, 1976)* no item *Global Improvement*, e o estudo de Stein e cols. (1996), a mostrar que 23 dos 30 doentes (77%) que completaram o estudo de 11 semanas de tratamento se mostravam melhorados ou muito melhorados na avaliação pelo CGI.

Estes resultados encorajaram a realização de três estudos multicêntricos, em dupla ocultação e controlados com placebo, que envolveram 861 doentes (Westenberg, 1999). Dois desses estudos estão já publicados: um realizado nos USA (Stein *et al.*, 1998) e o segundo realizado na Europa e África do Sul (Baldwin *et al.*, 1999). Estes dois estudos utilizaram uma metodologia de investigação semelhante, uma duração de 12 semanas e envolvendo a comparação da paroxetina

[333] Tratamento Farmacológico da Fobia social

em doses flexíveis (20-50 mg) com o placebo. Os doentes do grupo da paroxetina iniciavam o tratamento com 20 mg diários na primeira semana, podendo depois a dose ser aumentada semanalmente em 10 mg, até um máximo de 50 mg diários, em função da resposta clínica e tolerância.

Os critérios de inclusão e exclusão foram semelhantes nos dois estudos: todos os participantes apresentavam um diagnóstico primário de fobia social de acordo com DSM-IV, obtido através da entrevista utilizada (SCID no estudo realizado nos USA e MINI no estudo realizado na Europa e África do Sul) e tinham mais de 18 anos, sendo de ressaltar como critérios de exclusão a existência de um diagnóstico primário de qualquer outro

distúrbio do Eixo I nos últimos seis meses, a existência de qualquer outro distúrbio mental e tratamento recente com neurolépticos ou antidepressivos.

A avaliação dos resultados foi feita através das seguintes escalas: (1) *Clinical Global Impression (CGI; Guy, 1976) Global Improvement* para a avaliação da percentagem de doentes que no final do estudo estavam muito melhorados ou melhorados; (2) *Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS; Liebowitz, 1987)* e (3) *Social Avoidance and Distress Scale (SAD; Watson & Friend, 1969)* para avaliação das mudanças nos sintomas de ansiedade social; (4) *Sheehan Disability Scale (SDS; Sheehan, 1984)* para avaliação da interferência dos sintomas na vida do indivíduo, nas áreas do trabalho, familiar e social. Os doentes foram avaliados nas semanas 1, 2, 3, 4, 6, 8, 12.

O estudo realizado nos USA (Stein *et al.*, 1998) envolveu 187 doentes que foram aleatoriamente distribuídos pela paroxetina (94) ou pelo o placebo (93), sendo de 36 anos a média das idades dos participantes. Os resultados são apresentados para 183 doentes (Paroxetina = 91; Placebo = 92, dado que 4 doentes abandonaram antes do primeiro tempo de avaliação) e mostram que na avaliação pelo CGI no fim das 12 semanas de tratamento, 55% dos doentes que receberam paroxetina e 23.9% dos doentes que receberam placebo se apresentavam melhorados ou muito melhorados. Esta diferença significativa na proporção de indivíduos com resposta terapêutica positiva à paroxetina e ao placebo iniciou-se na 4ª semana e manteve-se até à 12ª semana. Em relação à diminuição dos sintomas de ansiedade social

[334] Capítulo 11

avaliados pela LSAS, os resultados mostram que a média da diminuição da pontuação total da LSAS entre o início e o fim do tratamento é, no grupo da paroxetina, duas vezes superior ao grupo do placebo (Paroxetina = -30.5+ e - 2.66; 39.1% de diminuição da média do total de pontuação do LSAS no início *versus* Placebo = -14.4+ e - 2.63; 17.4% de diminuição da média do total de pontuação do LSAS no início). A paroxetina mostrou-se também significativamente superior ao placebo na redução das pontuações das sub-escalas de ansiedade e evitamento do LSAS e do SAD. Em relação à avaliação da redução da interferência dos sintomas de ansiedade social na vida diária, avaliada pelo total da SDS, embora a redução dessa interferência entre o início e o fim do tratamento fosse maior no grupo da paroxetina (-1.00) que no grupo do placebo (-0.6) esta diferença não atingiu um nível de significância estatística. No entanto, na sub-escala de interferência na vida social a paroxetina mostrou-se, significativamente superior. A dose média diária de paroxetina às 12 semanas de tratamento foi de 36.6 mg. Em relação aos abandonos prematuros, a razão mais frequentemente apresentada foi, no grupo da paroxetina, (15%) os efeitos secundários da medicação e no grupo do placebo (11%) a falta de eficácia.

Estes resultados confirmam assim, num estudo duplamente cego e controlado pelo placebo, a eficácia terapêutica da paroxetina na fobia social generalizada e a sua boa tolerância. A metodologia utilizada, embora correcta para avaliação da eficácia terapêutica, não permite, no entanto, esclarecer completamente a questão de saber se os resultados terapêuticos positivos obtidos com a paroxetina na fobia social generalizada são manifestações secundárias do seu efeito antidepressivo ou se existe uma acção directa da

paroxetina sobre os sintomas da fobia social. Este aspecto foi investigado no estudo de Baldwin e cols. (1999) que descreveremos a seguir.

Realizado na Europa e África do Sul, este estudo multicêntrico (Baldwin *et al.*, 1999), duplamente cego e controlado com placebo, utilizou uma metodologia, duração, critérios de inclusão e exclusão e avaliação da eficácia terapêutica semelhante ao estudo de Stein e cols. (1998), já acima descrito. Neste estudo foi ainda avaliada a existência, de sintomatologia depressiva através da Escala de Hamilton para a

[335] Tratamento Farmacológico da Fobia social

Depressão (Hamilton, 1960), e a sua variação ao longo do estudo. Dos 323 doentes que participaram no estudo, 33 foram excluídos após o período de uma semana em que os doentes tomavam placebo antes de serem distribuídos aleatoriamente pela paroxetina e pelo placebo. Os resultados são apresentados para 290 fóbicos sociais que foram distribuídos pela paroxetina (n=139) e pelo placebo (n=151). A dose média diária de paroxetina às 12 semanas de tratamento foi de 34.7 mg. Não houve diferenças significativas entre o número de abandonos no grupo da paroxetina, 35 (25%) e no grupo do placebo, 42 (28%).

A análise da eficácia terapêutica mostrou que na avaliação pelo CGI no fim das 12 semanas de tratamento, 65.7% dos doentes que receberam paroxetina e 32.4% dos doentes que receberam placebo se mostravam como melhorados ou muito melhorados. Em relação à diminuição dos sintomas de ansiedade social avaliados pela pontuação total do LSAS, os resultados mostraram que no início do tratamento os dois grupos apresentavam pontuação semelhantes (paroxetina 87.6, placebo 86.1) e que a média da diminuição da pontuação total da LSAS entre o início e o fim do tratamento é, no grupo da paroxetina, cerca de duas vezes superior ao grupo do placebo (Paroxetina = -29.4 ± 2.80 versus Placebo = -15.6 ± 2.70), sendo esta diferença estatisticamente significativa a partir da 4ª semana de tratamento.

A redução dos sintomas da fobia social avaliados pelo LSAS entre o início e o fim do tratamento é clinicamente relevante no grupo da paroxetina, dado que corresponde a uma diminuição de um nível severo de sintomatologia para um nível de sintomas ligeiros ou moderados. A paroxetina mostrou-se também significativamente superior ao placebo na redução das pontuações do SAD e do SDS. No SAD, a média da mudança entre o início e o fim do tratamento foi no grupo da paroxetina de $-7.2 (0.7)$ versus $-3.9 (0.7)$ no grupo do placebo. Na SDS, a média da mudança entre o início e o fim do tratamento era significativamente superior no grupo da paroxetina para as três sub-escalas da SDS - trabalho, vida familiar e vida social.

Finalmente, este estudo avaliou também o nível da sintomatologia no início e no fim do tratamento. A média da Escala de Depressão de Hamilton era no início do tratamento de 6.2 (3.6) no grupo da paroxetina e de 6.7 (3.6) no grupo do placebo, valores que

[336] Capítulo 11

diminuíram no fim do tratamento para 4.2 (4.3) e 6.5 (5.3) respectivamente. Uma análise da covariação dos valores do CGI e LSAS com os valores da Escala de Depressão de Hamilton mostrou que as mudanças terapêuticas medidas pelo CGI e LSAS eram independentes dos

efeitos na sintomatologia depressiva, isto é, que a eficácia da paroxetina na diminuição da sintomatologia da fobia social era independente do seu efeito na sintomatologia depressiva.

No seu conjunto, os resultados destes dois grandes estudos multicêntricos, duplamente cegos e controlados pelo placebo realizados numa população clínica de fóbicos sociais, confirmam a eficácia da paroxetina no tratamento da fobia social. A sua eficácia é demonstrada não só pela diminuição da sintomatologia da fobia social avaliada pela LSAS, mas também na redução da incapacidade e interferência na vida diária (avaliada pelo SDS) provocada pela sintomatologia da fobia social.

Secundariamente, a elevada prevalência de outros distúrbios ansiosos e de depressão com a fobia social e a provada eficácia da paroxetina neste tipo de distúrbios, faz da paroxetina um fármaco de primeira linha no tratamento da fobia social generalizada. A paroxetina é, neste momento, o único SSRI que recebeu indicação para o tratamento da fobia social e em relação ao qual foi estabelecida uma dosagem recomendada: o tratamento deve iniciar-se com uma dose diária de 20 mg, com aumentos semanais de 10 mg até uma dose máxima de 50 mg diários, em função da resposta terapêutica e da tolerância, nos doentes que não mostram respostas terapêuticas com doses mais baixas. Os resultados dos estudos atrás apontados sugerem que a maioria dos doentes responde positivamente a doses entre os 20 e 40 mg, dia.

Fluoxetina

Quatro estudos não controlados investigaram a eficácia da fluoxetina na fobia social (Sternbach, 1990; Schneier *et al.*, 1992; Black *et al.*, 1992; Ameringen *et al.*, 1993). No seu conjunto, os resultados obtidos nestes estudos sugerem que a fluoxetina é eficaz na fobia social.

[337] Tratamento Farmacológico da Fobia social

As taxas de resposta terapêutica positiva à fluoxetina variaram entre 58% e 77% em três dos estudos (Black & Uhde, 1992; Schneier *et al.*, 1992; Ameringen *et al.*, 1993). O estudo de Sternbach (1990) envolveu apenas dois doentes, tendo ambos sido considerados melhorados. No entanto, o reduzido número de doentes em todos estes estudos (inferior a 15), a elevada comorbilidade existente em algumas das amostras e a ausência de um grupo placebo de controlo, impede conclusões definitivas acerca da eficácia da fluoxetina na fobia social, embora os resultados sejam sugestivos da sua utilidade neste quadro clínico. Também acerca da dose mais adequada da fluoxetina no tratamento da fobia social, os resultados destes estudos são de difícil interpretação, pois as doses utilizadas variaram entre os 10 e os 100 mg. Em alguns estudos, doses de 20 a 40 mg foram suficientes para obtenção de resposta terapêutica.

Fluvoxamina

Vliet e cols. (1994), avaliaram num estudo controlado com placebo a eficácia da fluvoxamina na dose de 150 mg/dia, em 30 fóbicos sociais diagnosticados segundo os critérios da DSM-III-R, numa investigação de 12 semanas de duração. Os resultados foram

avaliados através da *Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)* e da *Hamilton Anxiety Scale*, tendo mostrado que, à 12ª semana, dos 28 doentes que completaram o estudo (15 no grupo da fluvoxamina e 13 no grupo placebo), 46% dos doentes medicados com fluvoxamina tinham uma resposta terapêutica positiva (redução superior a 50% na pontuação da escala de ansiedade da LSAS) contra 7% do grupo placebo.

Embora o número reduzido de doentes imponha algumas limitações nas conclusões a tirar deste estudo, a resposta terapêutica obtida é promissora se tivermos em conta que a resposta do grupo placebo foi consideravelmente mais baixa que em estudos anteriores da fobia social.

Um estudo recente em 92 fóbicos sociais, com uma metodologia de dupla ocultação e controlado com placebo e de 12 semanas de duração (Stein *et al.*, in press, citado em Westenberg, 1999), obteve

[338] Capítulo 11

resultados que apoiam a eficácia da fluvoxamina no tratamento da fobia social generalizada ao mostrar que à 12ª semana, 43% doentes do grupo da fluvoxamina se mostravam como melhorados ou muito melhorados na avaliação pelo CGI *Global Improvement* em comparação com 23% do grupo do placebo ($p < .05$). Também em relação à diminuição dos sintomas de ansiedade social avaliados pela pontuação total do LSAS, os resultados mostraram que a fluvoxamina era superior ao placebo com uma redução de 22.0 pontos na pontuação total do LSAS na 12ª semana de tratamento *versus* uma redução de 7.8 pontos no grupo do placebo. Em relação aos abandonos durante o estudo, o grupo da fluvoxamina teve mais abandonos (12) devido a efeitos adversos que o grupo do placebo (4).

Estes resultados apoiam assim a eficácia da fluvoxamina no tratamento da fobia social e a sua inclusão entre os fármacos de primeira linha para o tratamento deste distúrbio.

Sertralina

Um estudo não controlado e um estudo duplamente cego controlado com placebo avaliaram a eficácia da sertralina na fobia social.

O estudo não controlado (Ameringen, 1994) envolveu 22 fóbicos sociais, medicados com doses de 100 a 200 mg/dia (dose média 147.5 mg). Dos 20 doentes que completaram 8 semanas de tratamento, 80% tiveram uma resposta terapêutica positiva e 20% não revelaram melhoras, quando avaliados pelo *Clinical Global Impression (CGI)*.

O estudo controlado com placebo e com dupla ocultação de Katzelnick e cols. (1995), envolveu 12 fóbicos sociais, tendo-se verificado uma resposta positiva em 50% dos doentes medicados com sertralina (dose média 134 mg/dia), contra 9% dos doentes que tomaram placebo.

Também aqui, o reduzido número de doentes impõe cautelas no significado a atribuir a estes resultados positivos, que necessitarão de ser confirmados em futuros estudos com um número mais elevado doentes.

[339] Tratamento Farmacológico da Fobia social

Benzodiazepinas

A utilização das benzodiazepinas no tratamento da fobia social obedece à mesma lógica da sua utilização no pânico e na ansiedade generalizada, onde se mostraram úteis. O alprazolam e o clonazepam, benzodiazepinas de alta potência, são os fármacos mais estudados deste grupo, embora outras benzodiazepinas como o bromazepam tenham também sido utilizadas.

Alprazolam

Dois estudos não controlados da utilização do alprazolam na fobia social obtiveram resultados positivos (Lydiard *et al.*, 1988; Reich and Yates, 1988).

Lydiard e cols. (1988) num estudo de caso avaliaram o efeito terapêutico do alprazolam em doses de 3 a 8 mg/dia, em 4 fóbicos sociais, tendo verificado que todos os doentes melhoraram clinicamente.

Reich e Yates (1988) obtiveram também resultados positivos em 14 dos 17 doentes medicados com alprazolam (dose média=2.9mg/ /dia), num estudo de oito semanas de duração.

Estes resultados positivos foram depois confirmados no estudo controlado de Gelernter e cols. (1991), já atrás descrito em pormenor, em que a eficácia terapêutica do alprazolam foi comparada com a fenelzina, a terapia cognitivo-comportamental em grupo e o placebo. O alprazolam (38% de doentes melhorados contra 69% no grupo da fenelzina, 24% no grupo da terapia cognitivo-comportamental e 20% no grupo placebo) mostrou-se menos eficaz que a fenelzina, e no seguimento (2 meses) após a suspensão da medicação, os doentes medicados com alprazolam tiveram taxas de recorrência superior à fenelzina e à terapia cognitivo-comportamental em grupo. Como foi já atrás apontado, o facto de todos os doentes terem recebido instruções para auto-exposição dificulta a interpretação dos resultados, não permitindo uma avaliação rigorosa do efeito farmacológico isolado do alprazolam.

[340] Capítulo 11

Clonazepam

Cinco estudos não controlados (Versiani *et al.*, 1989; Munjack *et al.*, 1990; Ontiveros & Fontaine, 1990; Reiter *et al.*, 1990; Davidson *et al.*, 1991) obtiveram resultados que apontam para a eficácia terapêutica do clonazepam na fobia social. Nestes estudos o clonazepam foi utilizado em doses, de 0.5 a 6 mg/dia, tendo em quatro deles sido utilizada uma dose média que variou entre 1.7 mg/dia (Reiter *et al.*, 1990) e 3.8 mg/dia (Versiani *et al.*, 1989). A maioria destes estudos não ultrapassou as 8 semanas de duração, mas o estudo de Davidson e cols. (1991), que envolveu 26 fóbicos sociais tratados por um período de 1 a 20 meses (média 11.3 meses), mostrou que o clonazepam (dose média=2.1) mantinha uma acção terapêutica continuada, com 84% dos doentes (22) a mostrarem-se melhorados ou muito melhorados. Em 20 dos doentes foi possível reduzir a dose do clonazepam ao longo do tempo sem perda de eficácia.

Estes resultados positivos foram confirmados num estudo duplamente cego com controlo placebo, de 10 semanas de duração e que envolveu 75 doentes (39 doentes no grupo do clonazepam e 36 no grupo placebo). O clonazepam foi utilizado em doses de 0.5 a 3mg/ /dia (dose média = 2.4 mg/dia). A avaliação do efeito terapêutico nos doentes que completaram o estudo (25% dos doentes em cada grupo abandonaram o estudo) foi realizada através das escalas CGI e da LSAS. Os resultados mostraram que 78% dos fóbicos sociais medicados com clonazepam tinham uma resposta terapêutica positiva, contra 20% do grupo placebo (Davidson *et al.*, 1993).

Bromazepam

Num pequeno estudo aberto envolvendo dez fóbicos sociais, Versiani e cols. (1989) utilizaram o Bromazepam (dose média= 26.4 mg/dia) por um período de 8 semanas de duração, tendo obtido resultados terapêuticos positivos.

No seu conjunto, os resultados obtidos nestes estudos sugerem que as benzodiazepinas são eficazes no tratamento a curto prazo da fobia social.

[341] Tratamento Farmacológico da Fobia social

No entanto, o facto de a maioria dos estudos obedecerem a uma metodologia de estudo aberto, a curta duração de alguns estudos e o reduzido número de doentes em muitos estudos impõe algumas limitações às conclusões acerca da sua eficácia e do papel que dem ter no tratamento da fobia social. A elevada taxa de recorrências verificada com o alprazolam aquando da suspensão da medicação (mesmo no estudo em que a sua utilização foi acompanhada de instruções para auto-exposição) e os efeitos terapêuticos pouco robustos obtidos no único estudo controlado da sua utilização (Gelernter *et al.*, 1991), necessitam de ser melhor esclarecidos em futuros estudos controlados.

Por outro lado, os resultados obtidos com o clonazepam são mais consistentes, sugerindo um efeito mais prolongado e uma menor taxa de recorrências quando a medicação é reduzida ou suspensa. No entanto, o facto de não possuir efeitos antidepressivos limita a sua utilização nos casos em que existe comorbilidade depressiva.

Antidepressivos Tricíclicos

Os dados relativos à eficácia dos antidepressivos tricíclicos no tratamento da fobia social são algo contraditórios. Indicações da sua pouca eficácia surgem de várias fontes. Autores que realizaram estudos abertos com IMAOs e benzodiazepinas relataram que muitos dos fóbicos sociais com resposta terapêutica positiva a estes medicamentos não tinham anteriormente obtido benefícios com antidepressivos tricíclicos como a imipramina (Liebowitz *et al.*, 1986) e a clomipramina (Versiani *et al.*, 1988). Do mesmo modo, foi a ausência de resposta à imipramina num doente que fazia crises de pânico em situações sociais, que levou Liebowitz e colaboradores a interessarem-se pela fobia social e a sugerir que os IMAO eram mais eficazes que os tricíclicos (imipramina) nos quadros clínicos em que existe uma sensibilidade interpessoal acentuada, como é o caso da fobia social e das depressões atípicas (Liebowitz *et al.*, 1984; Liebowitz *et al.*, 1985; Liebowitz *et al.*, 1996).

Também os efeitos secundários frequentes nos tricíclicos, como,

[342] Capítulo 11

tremor, boca seca e sudação, são especialmente mal tolerados pelos fóbicos sociais, dada a sua hipersensibilidade a este tipo de sintomas.

Por outro lado, Benca, Matuzas e Al-Sadir (1986) relataram dois casos de fobia social tratados com sucesso pela imipramina em doses de 250 mg/dia. Em relação à clomipramina não existem do nosso conhecimento estudos recentes da sua utilização na fobia social, e Beaumont (1977) e Pecknold e cols. (1982) obtiveram resultados pouco consistentes com a sua utilização em fóbicos sociais.

No seu conjunto, estes dados não apoiam a existência de uma eficácia clara dos tricíclicos na fobia social, embora não excluam a possibilidade de eles poderem ser úteis em alguns doentes.

Outros Fármacos

A eficácia terapêutica na fobia social da buspirona, um ansiolítico não benzodiazepínico e que não origina dependência física, foi estudada em quatro estudos (Clark & Agras, 1991; Munjack *et al.*, 1991; Schneier *et al.*, 1993; Vliet *et al.*, 1997).

Munjack e cols. (1991) realizaram um estudo piloto de 8 semanas de duração, em 17 doentes fóbicos sociais. Dos 11 doentes que completaram as oito semanas de tratamento com uma dose média diária de 48 mg (35-60 mg), 4 avaliava-se como muito melhorados, 4 como moderadamente melhorados e 2 como ligeiramente melhorados.

Clark e Agras (1991) num estudo em dupla ocultação e controlado com placebo, compararam a eficácia da buspirona, da terapia cognitivo-comportamental e do placebo em 34 fóbicos sociais com ansiedade de desempenho (artistas musicais). O estudo teve uma duração de 6 semanas e a buspirona foi utilizada numa dose média diária de 32 mg (15-60 mg). A avaliação mostrou que a terapia cognitivo-comportamental era significativamente mais eficaz que a buspirona e o placebo, não havendo diferenças significativas entre estes dois últimos.

Schneier e cols. (1993) estudaram a eficácia da buspirona em 17 doentes, num estudo aberto de 12 semanas de duração. A avaliação dos resultados à 12^a semana através de CGI, mostrou que 8 dos 17 doentes (47%) estavam muito melhorados. Uma comparação *post hoc*

[343] Tratamento Farmacológico da Fobia social

dos doentes que tinham tido uma resposta terapêutica positiva com ao que não tiveram resposta terapêutica, mostrou que os primeiros tinham tomado uma dose média diária de 56.9 mg de buspirona contra 38.3 mg dos segundos. A percentagem de respostas positivas nos doentes que tomaram doses diárias iguais ou superiores a 45 mg foi de 67%.

Os resultados destes estudos são contraditórios, com um estudo aberto a sugerir que a buspirona é eficaz na fobia social (Schneier *et al.*, 1993), e um estudo controlado a não mostrar diferenças significativas entre a buspirona e o placebo (Clark & Agras, 1991). Um

estudo recente controlado com placebo e com dupla ocultação, em 30 fóbicos sociais realizado por Vliet e cols. (1997) não encontrou diferenças entre a buspirona e o placebo em nenhuma das medidas utilizadas para a avaliação da eficácia terapêutica.

No seu conjunto estes resultados não apoiam a eficácia terapêutica da buspirona na fobia social.

Kelsey (1995) relatou os resultados de um estudo aberto em que a venlafaxina (dose média=146.5 mg/dia) foi utilizada em 9 doentes com fobia social do subtipo generalizado, num estudo de 12 semanas de duração. 8 dos 9 doentes revelaram melhoras significativas, avaliadas pela CGI e pela escala de fobia social do *Fear Questionnaire*; Mark, (1979). Embora estes resultados sugiram a eficácia da venlafaxina na fobia social, a existência de comorbilidade depressiva nos doentes da amostra, impõe algumas limitações nas conclusões a tirar acerca do efeito da venlafaxina na fobia social, que necessita de ser confirmada em futuros estudos controlados. A eficácia da venlafaxina foi também recentemente investigada por Vliet e cols. (1997) em 17 doentes com fobia social generalizada, num estudo aberto e não controlado, de 12 semanas de duração. 47% dos doentes mostravam uma melhoria clínica relevante no fim do estudo.

Estes estudos embora sugestivos duma possível eficácia da venlafaxina na fobia social, fornecem apenas dados circunstanciais e necessitam de ser confirmados em estudos controlados e que envolvam um número de doentes mais significativo.

No seu relato de um estudo de caso, Goldstein (1987) referiu os efeitos benéficos da clonidina na dose de 0.1 mg, duas vezes ao dia,

[344] Capítulo 11

num fóbico social com ruborização severa, em que medicações prévias com fenelzina, propranolol e alprazolam não tinham originado benefícios terapêuticos. A possível utilidade da clonidina em fóbicos sociais com sintomas autonómicos severos, merece certamente ser mais explorada.

Também num estudo de caso, Emmanuel, Lydiard e Ballenger (1991), relataram um caso de fobia social tratado com sucesso com bupropin em doses de 300 mg/dia.

Condições da utilização dos psicofármacos na fobia social

Como em qualquer outro quadro clínico, a utilização dos psicofármacos na fobia social deve ser precedida de uma avaliação cuidadosa que permita caracterizar as dificuldades do doente e conduza a um diagnóstico adequado. Dado que mais de 50% dos fóbicos sociais que procuram tratamento apresentam outros distúrbios comórbidos, particular cuidado deve ser posto na identificação do distúrbio primário, na evolução cronológica das dificuldades do doente e na compreensão da forma como a fobia social e o distúrbio comórbido interagem. Este aspecto é importante pois influencia não só a escolha da medicação a utilizar como toda a estratégia terapêutica.

Um outro aspecto relevante é a identificação do subtipo de fobia social do doente.

Uma fobia social centrada na ansiedade de desempenho numa ou duas situações, com as quais o doente não tem que se confrontar regularmente, pode ser uma indicação para

uma utilização do propranolol ou duma benzodiazepina numa base de "utilizar quando necessário".

Por outro lado, numa fobia social generalizada os beta-bloqueantes não serão úteis e a paroxetina ou um dos outros ISRS estão mais indicados. Aspectos como a tolerância do doente aos efeitos secundários dos diversos fármacos e a comorbilidade existente, influenciarão a escolha final da medicação. A sua boa tolerância e segurança, assim como a sua eficácia prolongada tomam a paroxetina um fármaco de primeira linha em muitos casos de fobia social generalizada.

[345] Tratamento Farmacológico da Fobia social

Nos casos em que o doente não obtiver uma resposta terapêutica positiva com a paroxetina ou outro ISRS há que colocar a hipótese de utilização da fenelzina, o que em Portugal se torna difícil por ter sido retirada do mercado. O clonazepam pode então ser considerado um medicamento de segunda linha, especialmente útil quando se pretende um efeito terapêutico rápido e se perspectiva uma curta duração da sua utilização. Utilizações prolongadas são uma contra-indicação para a utilização do clonazepam devido ao seu potencial para criar dependência, interação com o álcool e ausência de efeito antidepressivo.

Comorbilidade

A existência de comorbilidade pode influenciar a escolha do tratamento mais eficaz, mas há poucas indicações seguras em relação a este aspecto, pois a maioria dos estudos controlados procuraram excluir das suas amostras os fóbicos sociais com comorbilidade.

No entanto, alguns estudos abertos incluíram fóbicos sociais com comorbilidade, como o estudo de Carrasco e cols. (1992) que incluía doentes com distúrbio obsessivo-compulsivo em associação à fobia social, tendo os autores verificado que nestes doentes a resposta terapêutica obtida com a fenelzina era superior à obtida com a fluoxetina.

Quando a fobia social se desenvolve secundariamente a um distúrbio de pânico, é nossa impressão que um ISRS pode ser uma primeira escolha, embora Stein e cols. (1989) tenham também relatado bons resultados terapêuticos com a imipramina neste tipo de casos.

Em doentes com fobia social associada a distúrbio evitante de personalidade, Deltito e cols. (1986,1989) relataram efeitos terapêuticos positivos com a fenelzina e a fluoxetina, o que está de acordo com nossa experiência clínica de obtenção de resultados positivos com a fluoxetina neste tipo de doentes.

A associação entre fobia social e abuso ou dependência alcoólica é frequente, sendo uma contra-indicação para a utilização das benzodiazepinas

[346] Capítulo 11

que poderão ser substituídas pela paroxetina ou ISRS dada a sua baixa interação com o álcool. Também em doentes com um passado de abuso ou dependência alcoólica a utilização de benzodiazepinas é problemática, devido ao risco de desenvolvimento de

situações de abuso ou dependência das benzodiazepinas. O estudo das funções hepáticas nestes doentes é imperioso, e a existência de lesão hepática impõe alguns cuidados na utilização dos ISRS, devido à sua potencial hepatotoxicidade.

Avaliação da resposta terapêutica

Na avaliação da resposta terapêutica à medicação instituída (avaliação do desconforto e evitamento das situações receadas), deve ser tido em conta que há diferenças na rapidez de acção entre os diversos fármacos que podem ser úteis na fobia social. Os estudos com a paroxetina sugerem que os efeitos terapêuticos se iniciam na 4^a semana de tratamento e que alguns doentes beneficiam de um aumento progressivo da dose (10 mg semanais) até um máximo de 40 a 50 mg por dia.

Na constatação de ausência de resposta terapêutica significativa após a medicação ter sido utilizada em doses adequadas e por um período de tempo suficiente, o clínico confronta-se com várias alternativas: (i) associar outro fármaco; (ii) experimentar uma medicação diferente; (iii) combinar a farmacoterapia com terapia cognitivo-comportamental.

A combinação de fármacos para obter potencialização do efeito terapêutico utiliza-se frequentemente quando a avaliação mostrou que existiram efeitos terapêuticos, mas que eles são insuficientes para permitir ao doente confrontar-se com as situações receadas. A associação dum benzodiazepina, da buspirona ou de um beta-bloqueante, consoante o tipo de dificuldades do doente, pode potencializar a acção dos ISRS.

Embora muitas vezes não seja possível compreender porquê, a realidade clínica mostra que muitas vezes um doente que não beneficia com um medicamento de primeira linha, pode responder

[347] Tratamento Farmacológico da Fobia social

muito positivamente a outro fármaco alternativo. Nesse sentido, é boa prática, tentar um fármaco de classe diferente, antes de concluir o doente não beneficia com a farmacoterapia.

A combinação da farmacoterapia com a terapia cognitivo-comportamental pode apresentar várias vantagens. A eficácia da terapia cognitivo-comportamental na fobia social, comprovado em estudos controlados com placebo (Clark & Agras, 1991; Heimberg *et al.*, 1990; Liebowitz & Heimberg, 1995), pode ser um complemento importante à medicação nos doentes com distúrbio de personalidade, ou que devido à cronicidade das suas dificuldades sociais desenvolveram acentuadas distorções cognitivas acerca da interacção social, mantendo os evitamentos sociais e as dificuldades de integração apesar dos benefícios da medicação. Uma outra vantagem da combinação dos dois tratamentos é a durabilidade dos efeitos terapêuticos obtidos com a terapia cognitivo-comportamental, o que poderá diminuir a elevada percentagem de recorrências da farmacoterapia aquando da suspensão da medicação. Num estudo recente (Heimberg *et al.*, 1998; Liebowitz & Heimberg, 1996) compararam num estudo controlado a eficácia da terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCC), a fenelzina, o placebo e uma terapia educacional de suporte em grupo. O estudo foi delineado em três fases: uma primeira fase de tratamento de 12 semanas, seguida por uma fase de manutenção de 6 meses e uma última fase de

seguimento sem medicação de 6 meses, para os indivíduos com resposta terapêutica. Os resultados mostraram que na primeira fase, quer a fenelzina quer a TCC se mostraram mais eficazes que o placebo e o grupo de controlo, com a fenelzina a mostrar uma acção mais rápida e maior eficácia em algumas medidas de avaliação. Durante o período de manutenção a fenelzina e a TCC mantiveram os ganhos terapêuticos, e na fase de seguimento os ganhos terapêuticos com a TCC mostraram-se mais duráveis, havendo significativamente menos recaídas nos doentes tratados com TCC que nos doentes que tomaram fenelzina (Leibowitz & Heimberg, 1996).

Embora não existam estudos que tenham avaliado o efeito da combinação de TCC com a farmacoterapia na fobia social, os resultados deste estudo sugerem que a sua combinação pode ser altamente vantajosa.

[348] Capítulo 11

Motivação do doente para a medicação

Muitos indivíduos com fobia social não procuram ajuda para as suas dificuldades e quando procuram tratamento é frequentemente por queixas relacionadas com distúrbios comórbidos. Frequentemente, o fóbico social encara as suas dificuldades como uma característica de personalidade ou timidez, mais do que o resultado de um distúrbio que pode ser tratado. Numa amostra de doentes de clínica geral, Bisserte e cols. (1996) verificaram que apenas 5% dos indivíduos com fobia social *pura* (sem comorbilidade) procuraram ajuda por problemas psicológicos ou mencionaram as suas dificuldades sociais na consulta. Não será assim de estranhar que alguns doentes mostrem expectativas pouco positivas acerca dos benefícios que poderão obter com a medicação e revelem algum cepticismo em relação à proposta de uma medicação. A elucidação do doente acerca da natureza da fobia social, a explicação do papel da ansiedade na génese dos evitamentos sociais e o efeito que a medicação pode ter a esse nível, são aspectos importantes na motivação do doente para o tratamento. A sua obtenção é especialmente importante na fobia social, tendo em conta que se trata de um distúrbio crónico, que alguns dos medicamentos eficazes na fobia social não possuem uma acção terapêutica muito rápida e que o doente vai necessitar de realizar a medicação por um longo período de tempo. Sem uma adequada compreensão destes aspectos há fortes probabilidades de o fóbico social não manter o tratamento durante o tempo necessário para obter resultados positivos.

Relacionado com este aspecto, está a questão de quando descontinuar a medicação na fobia social. A elevada taxa de recorrências aquando da suspensão da medicação, mesmo após tratamentos prolongados com medicamentos como a fenelzina (50% após 9 meses de medicação; Leibowitz & Heimberg, 1995), e o moclobemide (88% após 2 anos de medicação; Versiani *et al.*, 1996), impõe que o clínico informe o doente e o prepare para um período prolongado de medicação. Em relação à paroxetina há poucos dados acerca da duração óptima do tratamento. Um estudo de Stein e cols. (1996) avaliou este aspecto ao estudar 16 de 23 fóbicos sociais que tinham tido obtido

[349] Tratamento Farmacológico da Fobia social

uma resposta positiva com a paroxetina, num estudo aberto de 11 semanas. Esses doentes entraram num período de seguimento e continuaram a receber paroxetina (n=8) ou placebo (n=8), durante mais 12 semanas. Durante este período de seguimento, cinco dos doentes que tinham passado a tomar placebo recaíram contra apenas uma recaída no grupo que continuou a tomar paroxetina. Este estudo sugere assim que o tratamento com a paroxetina deve ter uma duração prolongada.

Consoante a resposta clínica e a normalização da vida social do doente, poderão efectuar-se tentativas de redução progressiva da medicação após 12 meses de medicação com sucesso. Somos de parecer que o tratamento não deverá ter uma duração inferior a 12 meses, e que a decisão de suspensão da medicação deverá ser tomada caso a caso, após discussão com o doente dos benefícios e desvantagens que daí resultarão.

Tratamento da Fobia Social Secundária a outras Situações Médicas e Casos Especiais

As situações de ansiedade e desconforto em situações sociais que são secundárias a problemas físicos como tremor essencial, doença de Parkinson, desfiguração e gaguez, entre outras, são excluídas do diagnóstico de fobia social, segundo a DSM-IV. Independentemente da discussão acerca da validade deste critério de exclusão, levanta-se a questão de saber se estas fobias sociais secundárias obtêm benefícios com a farmacoterapia.

Oberlander, Liebowitz e Schneier (1994) obtiveram resultados terapêuticos positivos com a fenelzina em 8 doentes deste tipo. Curiosamente os autores referem que em alguns doentes houve uma diminuição da ansiedade social, apesar do agravamento da sua doença médica devido aos efeitos secundários da fenelzina.

Um outro tipo de situação que alguns autores têm sugerido poder estar relacionada com a fobia social é o mutismo selectivo (Black & Uhde, 1992), tendo sido verificado que 70% dos familiares em primeiro grau das crianças com mutismo selectivo preenchiam as condições

[350] Capítulo 11

para um diagnóstico de fobia social (Black & Uhde, 1995) No seguimento dos resultados positivos obtidos num caso tratado com fluoxetina (Black & Uhde, 1992), os mesmos autores realizaram um estudo em dupla ocultação e controlado com placebo que envolveu 15 doentes com mutismo selectivo, em que avaliaram a eficácia da fluoxetina no tratamento desta situação. 4 dos 6 doentes tratados com fluoxetina tiveram melhoras significativas contra apenas 1 dos 9 doentes que receberam placebo (Black & Uhde, 1994).

Finalmente, há que ter em conta que a parurese, quadro clínico caracterizado pela dificuldade em urinar na presença de outras pessoas em quartos de banho públicos, pode ser agravada por medicações que tenham efeitos anticolinérgicos. Hatterer e cols. (1990) verificaram que os doentes com este tipo de problema, agravavam as suas dificuldades quando medicados com fenelzina.

Conclusões

A presente revisão mostra que existe um conjunto de fármacos que se mostram úteis no tratamento da fobia social. A eficácia terapêutica dos IMAO (fenelzina), dos ISRS (paroxetina, fluvoxamina, e sertralina), das Benzodiazepinas de alta potência (clonazepam), foi comprovada em estudos controlados e manifesta-se não só ao nível da ansiedade e desconforto do fóbico social, mas também a nível dos seus evitamentos sociais.

Infelizmente, o efeito terapêutico obtido com alguns fármacos é pouco robusto e a elevadíssima taxa de recorrências aquando da suspensão da medicação, impedem uma satisfação excessiva com os resultados obtidos. A inexistência actual de um modelo biológico compreensivo para a fobia social é uma limitação a que futuras investigações deverão procurar responder. O facto de diferentes classes de fármacos, actuando a nível de diferentes sistemas neurotransmissores, se mostrarem eficazes na fobia social, sugere que vários temas biológicos poderão estar envolvidos na neurobiologia da fobia social, dificultando a elucidação dos mecanismos biológicos subjacentes à fobia social.

[351] Tratamento Farmacológico da Fobia social

No estado actual do conhecimento sobre o tratamento farmacológico da fobia social os inibidores selectivos da recaptção da serotonina são os produtos de primeira linha no tratamento da fobia social. Para além do seu efeito comprovado sobre os sintomas da fobia social, característica de possuírem um efeito antidepressivo, baixo potencial de interacção com o álcool, baixo potencial de desenvolvimento de dependência e elevada tolerância e segurança, são especialmente úteis no tratamento de um distúrbio como a fobia social, que apresenta uma elevada comorbilidade com outros distúrbios ansiosos, depressivos e abuso de álcool e que dada a sua cronicidade exige um período de tratamento prolongado.

Entre estes, a paroxetina é o que mais consistentemente mostrou a sua eficácia em grandes estudos controlados obtendo resultados terapêuticos positivos que variam entre os 55% a 65.7% (estudos controlados) e 77% (estudo aberto), e o único ISRS para o qual estão estabelecidas dosagens recomendadas no tratamento da fobia social. A sua eficácia terapêutica manifesta-se não só a nível da diminuição da sintomatologia da fobia social, mas também a nível de uma diminuição das limitações e interferência na vida diária provocada pela fobia social.

Como produto de segunda linha o Clonazepam pode ser útil em algumas situações, quando se pretendem efeitos terapêuticos rápidos e não existe comorbilidade depressiva ou abuso de álcool. Nestes casos, o período da sua utilização não deve ser prolongado, devido ao seu potencial para o desenvolvimento de dependência.

Questões que necessitam de ser melhor esclarecidas em futuras investigações são: (i) por quanto tempo deve a medicação ser mantida para diminuir as recorrências; (ii) qual o efeito da combinação da terapia cognitivo-comportamental com a farmacoterapia na prevenção das altas taxas de recorrência dos sintomas quando a medicação é suspensa; (iii) utilidade diferencial de alguns fármacos consoante o subtipo de fobia social; (iv) influência da existência de comorbilidade na escolha da medicação mais eficaz.

Embora haja ainda um longo caminho a percorrer na procura de um tratamento mais eficaz para a fobia social, os importantes progressos obtidos na sua compreensão e tratamento ao longo dos últimos

dez anos justificam, em nossa opinião, uma posição otimista. Os esforços de divulgação e informação acerca deste distúrbio ansioso entre os profissionais ligados à saúde, e os avanços actuais nas ajudas farmacológica e psicoterapêutica fazem-nos pensar que, no futuro, cada vez menos os fóbicos sociais terão que viver sozinhos as suas limitadoras dificuldades, como acontecia até há pouco tempo

Referências

- Ameringen, M. V. van, Mancini, C., & Streiner, D. L. (1993). Fluoxetine efficacy in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, *54*, 27-32.
- Ameringen, M. V. van, Mancini, C., & Streiner, D. L. (1994). Sertraline in social phobia. *Journal Affective Disorders*, *31*, 141-145.
- Baldwin, D., Bobes, J., Stein, D. J., Scharwatcher, L., & Faure, M. (1999). Paroxetine in social phobia/social anxiety disorder: randomized, doubleblind, placebo-controlled study. *British Journal of Psychiatry*, *175*, 120-126.
- Beaumont, G. (1977). A large open multicenter trial of clomipramine in the management of phobic disorders. *Journal of International Medical Research*, *5* (Suppl. 5), 116-129.
- Benca, R., Matuzas, W. & Al-Sadir, J. (1986). Social phobia, MVP, and response to imipramine. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *6*, 50-51.
- Bisserbe, J. C., Lépine, J-P., & GRP Group (1994). Moclobemide in Social Phobia: a pilot open study. *Clinical Neuropharmacology*, *17* (Suppl. 1), S88-S94.
- Black, B., & Uhde, T. W. (1992). Elective mutism as a variant of social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *31*, 1090-1094.
- Black, B., & Uhde, T. W. (1994). Treatment of elective mutism with fluoxetine: a double-blind, placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *33*, 1000-1006.
- Black, B., & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with elective mutism: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*, 847-856.
- Black, B., Uhde, T. W., & Tancer, M. E. (1992). Fluoxetine for the treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *12*, 293-295.
- Carrasco, J. L., Hollander, E., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1992). Treatment outcome of obsessive-compulsive disorder with comorbid social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, *53*, 387-392.
- Clark, D. B., & Agras, W. S. (1991). The assessment and treatment of performance anxiety in musicians. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 598-605.
- Clark, M. D., & Wells, A. (1995). A Cognitive Model of Social Phobia. In R. Heimberg,

Davidson, J. R. T., Ford, S. M., Smith, R. D., & Potts, N. L. S. (1991). Long-term treatment of social phobia with clonazepam. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52 (11, Suppl.), 16-20.

Davidson, J. R. T., Potts, N. L. S., Richichi, E., Krishnan, K. R. R., Ford, S. M., Smith, R., & Wilson, W. H. (1993). Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13, 423-429.

Davidson, J.R.T (1998). Pharmacotherapy of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, (suppl 17) 47-51.

Deltito, J. A., Perugi, G. A. (1986). A case of social phobia with avoidant personality disorder treated with MAOI. *Compr. Psychiatry*, 27, 255-258.

Deltito, J. A., Stam, M (1989). Psychopharmacology treatment of avoidant personality disorder. *Compr. Psychiatry*, 30, 498-504.

Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharmacological Bulletin*, 9, 13-28.

Emmanuel, N. P., Lydiard, R. B., & Ballenger, J. C. (1991). Treatment of social phobia with bupropion. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 11, 276-277.

Falloon, I. R., Lloyd, G. G., & Harpin, R. (1981). The treatment of social phobia: Real-life rehearsal with non-professional therapists. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 180-184.

Gelernter, C. S., Uhde, T. W., Cimboic, P., Arnkoff, D. B., Vittone, B. J., Tancer, M. E., & Bartko, J. J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatments for social phobia: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 48, 938-945.

Goldstein, S. (1987). Treatment of social phobia with clonidine. *Biological Psychiatry*, 22, 369-372.

Gorman, J. M., Liebowitz, M. R., Fyer, A. J., Campeas, R., Klein, D. F. (1985). Treatment of social phobia with atenolol. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 5, 298-301.

Guy, W. (1976). *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology* (rev.). Rockville, MD: U.S. Department of Health, Education and Welfare.

Hamilton, M. (1959). The measurement of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.

Himillton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.

Hatterer, J. A., Gorman, J. M., Fyer, A. J., Campeas, R. B., Schneier, F. R., Hollander, E., Papp, L. A., & Liebowitz, M. R. (1990). Pharmacotherapy of four men with paruresis. *American Journal of Psychiatry*, 147, 109-111.

Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., Juster, H. R., Campeas, R., Bruch, M. A., Cloitre, M., Fallen, B., Klein, D. F. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs

[354] Capítulo 11

phenzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55, 11133-11141.

Katschnig, H., Stein, M. B., & Buller, R. (The international multicenter clinical trial group on moclobemide in social phobia) (1997). Moclobemide in social phobia: a double-blind, placebo-controlled clinical study. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 247, 71-80.

- Katzelnick, D. J., Kobak, K. A., Greist, J. H., Jefferson, J. W., Mantle, J. M., Serlin, R. C. (1995). Sertraline in social phobia: a double blind, placebo controlled crossover study. *American Journal of Psychiatry*, 152,1368-1371.
- Kelsey, J. E. (1995). Venlafaxina in Social Phobia. *Psychopharmacology Bulletin*, 31, 767-771.
- Leibowitz, M. R., & Heimberg, R. G. (1996). Issues in the design of trials for the evaluation of psychopharmacological treatments for social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (suppl.3), 49-53.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Liebowitz, M. R., & Marshall, R. D. (1995). Pharmacological Treatments: Clinical Applications. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope and F. R. Schneier (Eds), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. Guilford Press, New York.
- Liebowitz, M. R., Fyer, A. J., Gorman, J. M., Campeas, R., & Levin, A. (1986). Phenelzine in social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 6, 93-98.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J., & Klein, A. F. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 729-736.
- Liebowitz, M. R., Quitkin, F. M., Steward, J. W., McGrath, P. J., Harrison, W., Rabkin, J., Tricamo, E., Markowitz, J. S., & Klein, D. F. (1984). Phenelzine versus imipramine in atypical depression: A preliminary report. *Archives of General Psychiatry*, 44, 669-677.
- Liebowitz, M. R., Schneier, F. R., Campeas, R., Hollander, E., Hatterer, J., Fyer, A., Gorman, J., Papp, L., Davies, S., Gully, R., & Klein, D. F. (1992). Phenelzine vs atenolol in social phobia: A placebo-controlled comparison *Archives of General Psychiatry*, 49, 290-300.
- Lydiard, R. B., Laraia, M. T., Howell, E. F., & Ballenger, J. C. (1988). Alprazolam in the treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49,17-19.
- Mancini, C., & Ameringen, M. V. (1996). Paroxetine in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 519-522.
- Marks, L M., & Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.
- Munjack, D. J., Baltazar, P. L., Bohn, P. B., Cabe, D. D., & Appleton, A. A. (1990). Clonazepam in the treatment of social phobia: A pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51 (Suppl. 5), 35-40.
- Munjack, D. J., Burns, J., Baltazar, P. L., Brown, R., Leonard, M., Nagy, R., Koek,

[355] Tratamento Farmacológico da Fobia social

- R. Crocker, B., & Schafer, S. (1991). A pilot study of buspirone in the treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 87-98.
- Noyes, R. Jr., Moroz, G., Davidson, J.R., Liebowitz, M. R., Davidson, A., Siegel, J., Bell, J., Cain, J. W., Curlik, S. M., Kent, T. A., Lydiard, R. B., Mallinger, A. G., Pollack, M. H., Rapaport, M., Rasmussen, S. A., Hedges, D., Schweizer, E., & Uhlenhuth, E. H. (1997). Moclobenide in social phobia: a controlled dose-response trial. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 17, 247-254.

- Nutt, D., & Montgomery, S. A. (1996). Moclobemide in the treatment of social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, *11* (suppl. 3), 77-82.
- Oberlander, E., Liebowitz, M. R., & Schneier, F. R. (1994). Physical disability and social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *14*, 136-143.
- Ontiveros, A., & Fontaine, R. (1990). Social phobia and clonazepam. *Canadian Journal of Psychiatry*, *35*, 439-441.
- Pecknold, J. C., McClure, D. J., Appeltauer, L., Allan, T., & Wrzesinski, L. (1982). Does tryptophan potentiate clomipramine in the treatment of agoraphobia and social phobic patients? *British Journal of Psychiatry*, *140*, 48-490.
- Pollack, M. H., Gould, R. A. (1996). The pharmacotherapy of social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, *11* (suppl. 3), 71-75.
- Potts, N. L. S., & Davidson, J. R. T. (1995). Pharmacological Treatments: Literature Review. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope and F. R. Schneier (Eds), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. Guilford Press, New York.
- Reich, J., & Yates, W. (1988). A pilot study of treatment of social phobia with alprazolam. *American Journal of Psychiatry*, *145*, 590-594.
- Reiter, S. R., Pollack, M. H., Rosenbaum, J. F., & Cohen, L. S. (1990). Clonazepam for the treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, *51*, 470-472.
- Ringold, A. L. (1994). Paroxetine efficacy in social phobia [letter]. *Journal of Clinical Psychiatry*, *55*, 363-364.
- Schneier, F. R., Chin, S. J., Hollander, E., & Liebowitz, M. R. (1992). Fluoxetine in social phobia [Letter to the editor]. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *12*, 62-63.
- Schneier, F. R., Goetz, D., Campeas, R., Fallen, B., Marshall, R., & Liebowitz, M. R. (1998). Placebo-controlled trial of moclobemide in social phobia. *British Journal of Psychiatry*, *172*, 70-77.
- Schneier, F. R., Saoud, J. B., Campeãs, R., Falloon, B., Hollander, E., Co-plan, J., & Liebowitz, M. R. (1993). Buspirone in social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *13*, 251-256.
- Sheehan, D. (1984). *The anxiety disease*. New York: Scribner.
- Stein, M. B., Shea, C. A., & Uhde, T. W. (1989). Social phobic symptoms in patients with panic disorder: practical and theoretical considerations. *American Journal of Psychiatry*, *146*, 235-238.

[356] Capítulo 11

- Stein, M. B., Chartier, M. J., Hazen, A. L., Kroft, C. D., Chale, R. A., & Walker, J. R. (1996). Paroxetine in the treatment of generalised social phobia: openlabel treatment and double-blind placebo-controlled discontinuation. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *16*, 218-222.
- Stein, M. B., Liebowitz, M. R., Lydiard, R. B., Pitts, C. D., Bushnell, W., & Gergel, I. (1998). Paroxetine treatment of generalised social phobia (social anxiety disorder): a randomized controlled trial. *JAMA*, *280*, 708-713.
- Stein, M. B., Fyer, A. J., Davidson, J. R. T., & Pollack, M. H. (in press). Fluvoxamine treatment of social phobia: a doubleblind, placebo-controll study. *American Journal of Psychiatry*.

- Sternbach, H. (1990). Fluoxetine treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 10, 230-231.
- Turner, S. M., Biedel, D., & Jacob, R. G. (1994) Social phobia: A comparison of behavior therapy and atenolol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 350-358.
- Versiani, M., Mundim, F. D., Nardi, A. E., & Liebowitz, M. R. (1988). Tranylcypromine in social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 8, 279-282.
- Versiani, M., Nardi, A. E., & Mundim, F. D. (1989). Fobia social. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 38, 251-263.
- Versiani, M., Nardi, A. E., Mundim, F. D., Alves, A. B., Liebowitz, M. R. Amrein, R. (1992). Pharmacotherapy of social phobia: a controlled study with moclobemide and phenelzine. *British Journal of Psychiatry*, 161, 353-360.
- Versiani, M., Nardi, A. E., Mundim, E D., Pinto, S., Saboya, E., & Kovacs, R. (1996). The long-term treatment of social phobia with moclobemide. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (suppl.3), 83-88.
- Vliet, I. M. van, & Westenberg, H. G. (1999). Pharmacotherapy of social anxiety disorder. In H. G. M. Westenberg & J. A. den Boer (Eds.), *Social Anxiety Disorder*. Amsterdam:Syn-Thesis.
- Vliet, I. M., van, Boer, den, J. A., & Westenberg, H. G. (1994). Psychopharmacological treatment of social phobia: a double blind placebo controlled study with fluvoxamine. *Psychopharmacology*, 2, 21-29.
- Vliet, I. M., van, Boer, den, J. A., & Westenberg, H. G., & Pian, K. L. (1997). Clinical effects of buspirone in social phobia: a double blind placebocontrolled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 164-168.
- Vliet, I. M., van, Boer, den, J. A., Westenberg, H. G. (1992). Psychopharmacological treatment of social phobia: clinical and biochemical effects of brofaromine, a selective MAO-A inhibitor. *European Neuropsychopharmacology*, 2, 21-29.
- Vliet, I. M., van, Westenberg, H. G. M., & Megen, H. J. M., van (1997). Clinical effects of venlafaxine in social phobia. *European Neurosychopharmacology*, 8 (suppl 2), S258.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.

[357] Tratamento Farmacológico da Fobia social

Westenberg, H. G. M. (1999). Selective serotonin reuptake inhibitors in social anxiety disorder. In H. G. M. Westenberg & J. A. den Boer (Eds.), *Social Anxiety Disorder*. Amsterdam:Syn-Thesis.

[358]

[359]

Capítulo 12

Fobia Social na Infância e Adolescência: diagnóstico, avaliação e tratamento

Marina Cunha e Maria do Céu Salvador

Introdução

Com a publicação do DSM-III (APA, 1980) os distúrbios ansiosos específicos da infância ou adolescência aparecem, pela primeira vez, na nomenclatura psiquiátrica o que contribuiu em parte, para um desenvolvimento da pesquisa nesta área. Não obstante a crescente atenção e investigação originadas, a informação e compreensão clínica dos distúrbios ansiosos e, em particular, do distúrbio de ansiedade social ou fobia social em crianças e adolescentes permanecem, ainda, limitadas. É maior a disponibilidade de dados empíricos sobre a ansiedade social e medos subclínicos, nas crianças e adolescentes da população geral, do que sobre os problemas de ansiedade social em amostras clínicas.

As preocupações, medos e ansiedade ao longo da infância e adolescência têm sido, desde há longa data, objecto de interesse e investigação verificando-se que o seu aparecimento e resolução são parte de um processo de desenvolvimento normal (Fonseca, 1993; Johnson & Melamed, 1979; King, Hamilton, & Ollendick, 1988; Morris & Kratochwill 1991). São medos tipicamente relacionados com a idade, de natureza transitória e de curta duração, variando em intensidade na mesma criança, de uma criança para a outra. Contudo, no caso das crianças e adolescentes considerados socialmente ansiosos,

[360] Capítulo 12

estes medos têm mostrado interferir negativamente no seu desenvolvimento impedindo um crescimento e desenvolvimento harmonioso (Inderbitzen-Pisaruk, Clark, & Solano, 1992; Kendall, *et al.*, 1991; Vernberg, *et al.*, 1992).

Uma revisão da literatura sobre os medos e preocupações específicas deste período de vida tem mostrado, consistentemente, que as preocupações sociais são um domínio expressivo de ansiedade, que surge nos primeiros anos de escolaridade e persiste até à adolescência. Por outro lado, como será desenvolvido mais à frente, o conceito de ansiedade social está estreitamente relacionado com outros distúrbios de ansiedade, o que reforça, uma vez mais, a importância do estudo deste fenómeno ligado à infância e adolescência.

Neste capítulo são revistas questões relativas ao diagnóstico, avaliação e tratamento da fobia social em crianças e adolescentes. Começaremos por fazer uma breve referência aos aspectos normativos e desenvolvimentais dos medos procurando distinguir estes dos medos ou ansiedade patológica. A evolução dos critérios de diagnóstico da fobia social aplicado à infância e adolescência, prevalência, manifestações clínicas e interferência desta perturbação na vida da criança ou do jovem são tópicos que serão desenvolvidos. Ainda, o problema da comorbilidade da fobia social com outros distúrbios e a relevância clínica do diagnóstico diferencial serão outros aspectos focados.

Na área da avaliação clínica da fobia social, são apontados os principais métodos e estratégias utilizados com crianças e adolescentes, com o objectivo de facilitar e otimizar a delimitação do plano terapêutico.

Finalmente, no tratamento da fobia social serão abordadas as estratégias terapêuticas que resultam, quer de uma revisão da literatura sobre distúrbios ansiosos e fobia social na

infância e adolescência, quer duma reflexão acerca da nossa própria experiência clínica com crianças e adolescentes com distúrbio de ansiedade social.

Considerações Normativas e Desenvolvimentais

Apesar de esperados e considerados normais, os medos vão sofrendo mudanças quer quantitativas quer qualitativas ao longo da infância e adolescência.

[361] Fobia Social na Infância e Adolescência

De uma forma geral, as investigações sugerem uma diminuição (não linear) do número de medos com a idade (Fonseca, 1993; Kendall *et al.*, 1991; King, Hamilton & Ollendick, 1988; Ollendick, Matson, & Helsel, 1985). É, pois, habitual as crianças pequenas apresentarem um número relativamente grande de medos subclínicos enquanto as crianças mais velhas e adolescentes tendem a referir menos medos. Relativamente a diferenças na distribuição por sexo, parece verificar-se que há uma maior prevalência de medos nas raparigas (Fonseca, 1993; Morris, & Kratochwill, 1991; Ollendick, Matson, & Helsel, 1985). Para além de mudanças no número de medos, os dados normativos sugerem que o conteúdo dos medos infantis vai também mudando ao longo do tempo acompanhando a experiência da criança e a sua crescente percepção da realidade. Estes medos evoluem de conteúdos globais, imaginários e incontroláveis (por exemplo, monstros, escuro), para conteúdos mais específicos, diferenciados e realistas (por exemplo, rejeição social, insucesso escolar) (Kendall *et al.*, 1991). Apesar destes factores (nível de desenvolvimento e sexo) parecerem determinar alguns padrões no conteúdo e no número de medos, temos ainda a considerar a existência de diferenças individuais (temperamento, contexto, experiências prévias, etc.) e variáveis culturais (Fonseca, 1993; Ingman, Ollendick, & Akande, 1999). A consideração destes dados pode ser útil para a determinação de quando um medo é normal ou patológico e, conseqüentemente, de quando uma intervenção é necessária.

Assim, no quadro evolutivo habitual dos medos, enquanto as crianças mais novas ficam frequentemente receosas perante pessoas estranhas e uma possível separação ou afastamento daqueles em quem confiam, as mais velhas e adolescentes tendem, duma forma geral, a focar os seus medos em situações de avaliação social (como, por exemplo, testes ou provas na escola, desempenho escolar, aparência física, competências sociais, etc.) (Graziano, DeGiovanni, & Garcia, 1979). Na sequência normal do desenvolvimento, o embaraço social começa a emergir nos últimos anos da infância e nos primeiros anos da adolescência. Neste período, a criança vai tendo cada vez mais capacidades para compreender a complexidade da interacção social, bem como a capacidade de pensar sobre si mesma, enquanto objecto

[362] Capítulo 12

social, vai sendo cada vez mais desenvolvida, tomando-se, assim, capaz de reear a avaliação negativa dos outros. A adolescência é frequentemente apontada, pela maioria das pessoas, como o período de vida mais difícil em termos de experiência de ansiedade social

Não apenas os adolescentes são particularmente propensos a sentimentos de ansiedade social, mas também as pessoas a quem é diagnosticado uma fobia social apontam o início dos seus problemas na adolescência (Amies, Gelder, & Shaw, 1983; Scholing & Emmelkamp, 1990; Turner, Beidel, & Larkin, 1986). Por outro lado, as pessoas referem mais episódios de embaraço durante a adolescência que em qualquer outro período de vida (Edelmann, 1987, Horowitz, 1962 *in* Leary & Kowalsky, 1995). Este aumento de ansiedade social na adolescência é facilmente explicado se tivermos em conta algumas características próprias deste período. Se ao longo da infância a integração social e adaptação da criança à escola desempenham uma papel importante no desenvolvimento global, na adolescência esta aceitação dos grupos de pares toma-se, ainda, mais importante. Como vários autores têm observado, a adolescência é caracterizada pela procura constante dum lugar próprio no sistema social fora da família. Uma vez que a aceitação dos pares depende da forma particular como o indivíduo é percebido, a adolescência é o período no qual as pessoas se tomam, pela primeira vez, seriamente conscientes da importância das impressões que podem causar nos outros. Simultaneamente, os adolescentes são confrontados com uma série de situações novas e desempenho de novos papéis que, compreensivelmente, os deixam inseguros diminuindo, por sua vez, a sua confiança em conseguir causar a impressão desejada. Por outro lado, a experiência de muitas destas situações novas desenrola-se, pela primeira vez, sem o acompanhamento dos pais ou o apoio de outros adultos. Ainda a acrescentar que as rápidas transformações corporais contribuem também para a incerteza e insegurança do adolescente. Paralelamente a estas mudanças, os pais e colegas tomam-se muito mais intolerantes perante comportamentos menos adequados ou erros dos adolescentes, aumentando, assim, a probabilidade de serem criticados ou ridicularizados. Não é, pois, de admirar que a adolescência apareça como um período de vida especialmente relevante para o aparecimento de ansiedade social.

[363] Fobia Social na Infância e Adolescência

Consequências do Distúrbio de Ansiedade Social na Infância e Adolescência

Uma das principais tarefas da infância e adolescência é aprender a interagir socialmente com as outras pessoas. Assim, é natural que as crianças sintam alguma ansiedade durante este processo de aprendizagem e domínio de tarefas e competências sociais. Neste sentido, tal como a maioria dos medos da infância e adolescência, a experiência de ansiedade social pode ser considerada normal enquanto transitória (associada a determinadas características cognitivas, emocionais, comportamentais e sociais dum período específico) e não impeditiva de um bom funcionamento da criança. Contudo, na presença da ansiedade social patológica ou Fobia Social, a ansiedade e o sofrimento sentidos persistem, não se dissipando com o tempo e com a experiência adquirida, e são de tal forma intensos que acabam por ter um impacto negativo na vida da criança, limitando o seu ajustamento e funcionamento do dia a dia.

Alguns estudos têm mostrado que as crianças ansiosas são geralmente identificadas pelos professores como sendo menos alegres que os pares não-ansiosos, e como sendo menos bem vistas ou apreciadas pelos colegas (Parker & Asher, 1987; Strauss, Frame & Forehand, 1987 *in* Kendall *et al.*, 1991).

Relativamente à ansiedade social na infância, a investigação tem sugerido que esta pode interferir no desenvolvimento de aptidões sociais adequadas e no estabelecimento de amigos, resultando num aumento da auto-avaliação negativa (Rubin, LeMare, & Lollis, 1990). Por outro lado, como a característica principal da fobia social é o medo de avaliação, no caso das crianças em idade escolar esta situação pode ser particularmente prejudicial, já que as crianças fóbicas sociais apresentam uma baixa percepção das suas capacidades cognitivas e elevados níveis de ansiedade nas situações de testes e actividades escolares (por exemplo, ler em voz alta, ir ao quadro, responder a uma pergunta perante a turma). Estas dificuldades podem traduzir-se na diminuição do rendimento escolar esperado e, até mesmo, numa recusa em ir à escola (Montgomery, 1995). Da mesma forma, quando se inicia na adolescência, o distúrbio tende a originar uma

[364] Capítulo 12

diminuição no desempenho social e académico (APA, 1994). Em ambas as fases, o indivíduo pode tornar-se socialmente isolado ainda antes de ter desenvolvido aptidões sociais e interpessoais importantes. Como resultado do evitamento dum grande variedade de situações sociais, as crianças e jovens com fobia social apresentam dificuldades persistentes no funcionamento do dia-a-dia e uma redução das actividades normais (Francis, 1990). Diversos estudos têm reconhecido a importância da qualidade das relações das crianças com os pares para o seu desenvolvimento e bem-estar emocional (Parker & Asher, 1987). Os resultados têm consistentemente mostrado, que as crianças com uma socialização pobre correm um risco maior de se tomarem adolescentes ou adultos com problemas de ajustamento social (Parker & Asher, 1987; La Greca & Stone, 1993).

Ainda relativamente ao grau de invalidação provocado pela Fobia Social na infância e adolescência, há a referir o problema da comorbilidade, isto é, o desenvolvimento concomitante de outros distúrbios psiquiátricos ou problemas. Por exemplo, depressão, recusa em ir à escola (fobia escolar) e mutismo selectivo são complicações habituais associadas ao diagnóstico de fobia social na infância ou adolescência. Situações de abuso de álcool são, também, frequentes em adolescentes com ansiedade social elevada. Kushner e Sher (1993, in Burke & Stephens, 1999) administraram o *Diagnostic Interview Schedule* a 489 estudantes pré-universitários e verificaram que a fobia social aumentava consideravelmente o risco da existência concomitante do diagnóstico de um distúrbio de abuso ou dependência de álcool. Burke e Stephens (1999) encontraram resultados semelhantes no estudo realizado, também, com uma amostra de estudantes pré-universitários. Os dados indicaram uma relação estreita entre ansiedade social (características de ansiedade social avaliadas por questionários de auto-resposta) e hábitos excessivos de bebida, sendo esta associação moderada pelas expectativas do álcool e crenças de auto-eficácia relativas a situações de ansiedade social (Burke & Stephens, 1999).

[365] Fobia Social na Infância e Adolescência

Evolução dos Critérios de Diagnóstico

Embora o diagnóstico de Fobia Social, enquanto entidade clínica autónoma, apareça pela primeira vez referido em 1980 no DSM-III (APA, 1980), só em 1987, quando é publicada a 3ª edição revista (DSM-III-R; APA, 1987), se estende também à infância ou adolescência. Não iremos aqui descrever a evolução dos critérios de classificação da fobia social, uma vez que já foram objecto de análise em outro capítulo (ver cap. 1), pelo que faremos uma breve referência, apenas, aos aspectos específicos da infância e adolescência.

Segundo o DSM-III-R (APA, 1987) a classificação de Fobia Social alarga-se a crianças e adolescentes acrescentando somente o diagnóstico do Distúrbio Evitante da Infância e Adolescência como critério de exclusão (Critério G: *Se o indivíduo tem menos de 18 anos, a perturbação não preenche os critérios para Perturbação Evitante da Infância e Adolescência*). Contudo, não são especificados outros aspectos clínicos relevantes da infância ou adolescência. Por outro lado, ao analisar os distúrbios ansiosos específicos da infância e adolescência, estabelecidos por este sistema de classificação, verifica-se uma grande sobreposição entre alguns destes diagnósticos (nomeadamente, o Distúrbio de Hiperansiedade e o Distúrbio Evitante) e a Fobia Social.

Só mais tarde, com a publicação do DSM-IV (APA, 1994), onde são apurados e refinados os critérios de classificação dos distúrbios ansiosos da infância e adolescência, é possível um melhor esclarecimento do diagnóstico de Fobia Social neste período de vida. O Distúrbio Evitante desaparece da nomenclatura diagnóstica dada a grande sobreposição com a Fobia Social. Por sua vez, o Distúrbio de Hiperansiedade, muito frequente na infância, e associado também a aspectos de ansiedade social, é retirado e amplamente incluído no Distúrbio de Ansiedade Generalizada. Relativamente ao diagnóstico de Fobia Social, as principais modificações introduzidas pelo DSM-IV são: i) o desaparecimento do Distúrbio Evitante da Infância e Adolescência como critério de exclusão; ii) a referência a manifestações clínicas próprias da infância; e, ainda, iii) a inclusão do critério de duração do distúrbio de, pelo menos, 6 meses no caso de indivíduos com menos de 18 anos.

Assim, para estabelecer o diagnóstico de distúrbio de ansiedade social na infância ou adolescência, segundo os critérios do DSM-IV, há que ter em conta parâmetros específicos deste período de vida, diferentes, pois, daqueles que são habitualmente considerados para o adulto.

[366] Capítulo 12

Em primeiro lugar, é especialmente relevante ter em conta os processos desenvolvimentais já que o tipo de interacções sociais em que as crianças se envolvem é diferente das interacções sociais do adulto. Por outro lado, a compreensão que as crianças têm das suas dificuldades sociais é mais limitada, dadas as suas próprias capacidades cognitivas, que a percepção que o adulto tem do seu distúrbio. Um requisito fundamental para o diagnóstico de ansiedade social em que crianças e adolescentes é estas manifestarem previamente uma capacidade, apropriada para a idade, de relacionamento com pessoas familiares ou conhecidas. Esta condição poderá, à partida, ajudar a excluir a possibilidade do diagnóstico de distúrbio do desenvolvimento. É também importante verificar que a ansiedade social ocorre em contextos com os pares, colegas da mesma idade, e não apenas em interacções com os adultos, como acontece, por vezes, no caso de crianças tímidas e inibidas. Apesar do reconhecimento da natureza excessiva ou não razoável da ansiedade social ser um

critério importante para o diagnóstico do distúrbio no adulto, no caso das crianças este reconhecimento pode estar ausente. Na infância e adolescência, a duração dos sintomas (pelo menos 6 meses) é outro aspecto fundamental para distinguir um distúrbio psicológico da timidez e medos avaliativos transitórios e típicos deste período de desenvolvimento. Os sintomas de ansiedade social apontados pelo DSM-IV, no caso de crianças e adolescentes, podem ser choro, birras, agarrar ou ficar junto duma pessoa conhecida, inibição comportamental que pode chegar até ao mutismo, e recusa à escola.

Com as alterações introduzidas pelo DSM-IV na classificação do Distúrbio de Ansiedade Social ou Fobia Social espera-se, assim, que este diagnóstico passe a representar um distúrbio clínico próprio, também, da infância e adolescência e não traduza apenas aspectos do fenómeno de ansiedade social comórbidos a outras categorias, como acontecia nas versões anteriores do DSM.

Estas mudanças nos critérios de diagnóstico clínico expressas nas várias versões do DSM vão necessariamente reflectir-se nos es dos de prevalência dos distúrbios clínicos, onde muitas vezes a paridade de dados encontrada pode ser explicada pela utilização sistemas de classificação diferentes e de amostras heterogéneas.

[367] Fobia Social na Infância e Adolescência

Estudos de Frequência dos Distúrbios Ansiosos

Se por um lado os distúrbios ansiosos são os mais comuns entre as categorias de perturbações psiquiátricas na juventude, e a principal razão para a identificação e indicação de crianças e adolescentes para os serviços de saúde mental (Beidel, 1991b), por outro, existe, ainda, pouca informação na literatura acerca da prevalência destes distúrbios. Também, no caso da fobia social na infância e adolescência, os estudos são poucos e inconclusivos (Albano, DiBartolo, Heimberg, & Barlow, 1995; Francis & Radka, 1995; Kaminer & Stein, 1999).

No Quadro 1 estão referidos alguns dos estudos mais significativos, que embora realizados em amostras diferentes, da comunidade

Quadro 1. Estudos de prevalência dos distúrbios ansiosos na infância e adolescência

ESTUDOS

Kashani et al., (1990)

Amostra

Cr. Da pop. Geral (8, 12 e 17 anos) (n=210)

Ans. Separação

12.9%

Hiper-ansiedade

12.4%

Fobia Simples

3.3%

Fobia Social

1.1%

Distúrbio Evitamento

ESTUDOS

* Anderson et al. (1987)

Amostra

Cr. da pop. Geral (=11 anos) (n=729)

Ans. Separação

3.5%

Hiper-ansiedade

2.9%

Fobia Simples

2.4%

Fobia Social

1.0%

Distúrbio Evitamento

ESTUDOS

* McGee et al. (1990)

Amostra

Cr. da pop. geral (15 anos) (n=729)

Ans. Separação

2.0%

Hiper-ansiedade

5.9%

Fobia Simples

3.6%

Fobia Social

1.1%

Distúrbio Evitamento

ESTUDOS

Last et al. (1987)

Amostra

Cr. c/ Dist. Ansiedade

Ans. Separação

33%

Hiper-ansiedade

15%

Fobia Simples

Fobia Social

15%

Distúrbio Evitamento

ESTUDOS

Beitchman et al. (1986)

Amostra
Cr. pré-escolares c/ Dist. Linguagem
Ans. Separação
Hiper-ansiedade
Fobia Simples
Fobia Social
Distúrbio Evitamento
3.7%

ESTUDOS

Costello (1989)
Amostra
Cr. doentes pediátricos
Ans. Separação
Hiper-ansiedade
4.6%
Fobia Simples
Fobia Social
1.0%
Distúrbio Evitamento
1.6%

ESTUDOS

Cantwell et al., (1987)
Amostra
Cr. pré-escolares c/ Dist. Linguagem
Ans. Separação
Hiper-ansiedade
2.0%
Fobia Simples
Fobia Social
Distúrbio Evitamento
4.3%

* Estudo longitudinal conduzido na Nova Zelândia

[368] Capítulo 12

e clínicas, indicam as frequências encontradas para os diversos distúrbios ansiosos na infância e adolescência.

Kashani & Orvaschel (1990) encontraram no seu estudo demiológico transversal, realizado numa amostra de crianças e adolescentes com 8, 12 e 17 anos de idade, que 21% dos sujeitos desta amostra referiam sintomas consistentes com o diagnóstico dum distúrbio de ansiedade. Entre estes, foram encontradas taxas de prevalência de, respectivamente, de

12.9% e 12.4% para os distúrbios de Ansiedade de Separação e Ansiedade Generalizada, 3.3% para a Fobia Simples e 1.1% para a Fobia Social.

Resultados semelhantes foram obtidos num estudo longitudinal conduzido na Nova Zelândia (Anderson, Williams, McGee, & Silva, 1987; McGee *et al.*, 1990). Numa amostra de 729 crianças, avaliadas aos 11 anos de idade, as taxas de prevalência foram de 3.5% para o Distúrbio de Ansiedade de Separação, de 2.9% para o Distúrbio de Hiperansiedade, 2.4% para a Fobia Simples e 1.0% para a Fobia Social (Anderson, Williams, McGee, & Silva, 1987). Aos 15 anos de idade as mesmas crianças foram reavaliadas, encontrando-se ligeiras diferenças comparativamente aos valores anteriormente apontados (McGee *et al.*, 1990). Verificaram-se taxas de prevalência mais elevadas para os Distúrbios de Hiperansiedade e Fobia Simples, respectivamente, 5.9% e 3.6%, um valor menor (2%) para a taxa de Ansiedade de Separação mantendo-se igual a frequência da Fobia Social (1.1%). Neste estudo, segundo os autores, as taxas apontadas para a Fobia Simples e Fobia Social podem estar distorcidas já que o medo "simples" mais comum foi o de falar em público que, por definição do DSM-III-R, deve ser considerado uma fobia social.

Em populações clínicas foram também conduzidos alguns estudos que permitiram apontar as frequências dos distúrbios ansiosos da infância ou adolescência.

Last, Hersen, Kasdin, Finkelstein, & Strauss (1987) verificaram que, na sua pesquisa realizada com uma amostra de crianças com distúrbios de ansiedade, 33% dessas crianças preenchem os critérios de diagnóstico primário de Distúrbio de Ansiedade de Separação, 15% tinham uma fobia escolar primária (descrita como social na origem),

[369] Capítulo 12

15% tinham um Distúrbio de Hiperansiedade e 15% apresentaram um Distúrbio afetivo *major*.

O estudo de Cantwell e Baker (1987), realizado numa amostra de crianças pré-escolares com um distúrbio de linguagem, encontrou taxas de prevalência de 2% para o Distúrbio de Hiperansiedade e de 4.3% para o Distúrbio Evitante.

Beitchman, Nair, Clegg, *et al.* (1986), no Canadá, também com crianças pré-escolares que apresentavam um distúrbio de linguagem, encontraram uma prevalência de 3.7% para o Distúrbio Evitante.

Numa amostra geral de doentes pediátricos, Costello (1989) registou frequências de 4.6% para o Distúrbio de Hiperansiedade, 1.6% para o Distúrbio Evitante e 1.0% para a Fobia Social.

Albano, DiBartolo, Heimberg, & Barlow (1995) referem que, no *Centro de Distúrbios de Ansiedade e Stress da Universidade de Albany*, das 156 crianças (com idades entre os 7-17) diagnosticadas com um distúrbio de ansiedade, 27 (17.9%) receberam o diagnóstico principal de fobia social. Por outro lado, das 129 crianças em que a fobia social não foi o diagnóstico principal, 25 (19.4%) apresentaram fobia social como diagnóstico secundário. Os diagnósticos foram feitos com base na Entrevista dos Distúrbios de Ansiedade para Crianças e Pais (*Anxiety Disorders Interview Schedule for Children and Parents*; ADIS-C e ADIS-P; Silverman & Nelles, 1988). Entre as crianças que foram diagnosticadas com fobia social, 3 pertenciam ao grupo de 7-9 anos de idade, 2 situavam-se entre os 10 e os 12 anos de idade e 22 tinham 13 ou mais anos de idade. Um dado

interessante, é que todas estas crianças apresentavam uma fobia social generalizada e nenhuma foi diagnosticada com uma fobia social específica (por exemplo, medo de exames ou de provas orais). Segundo os dados dos autores, parece que os medos circunscritos a uma ou duas situações sociais não são comuns na infância (Albano *et al.*, 1995). Estes medos parecem generalizar-se a outras situações ou acontecimentos, tomando-se parte da expressão fenomenológica das características de ansiedade dos indivíduos com Hiperansiedade, ou com ansiedade avaliada alargada, própria da Fobia Social Generalizada. Permanece por confirmar se estes resultados serão mantidos com a utilização da 4ª edição do DSM (DSM-IV; APA, 1994) para a classificação do diagnóstico de Distúrbio de Ansiedade Generalizada em crianças e adolescentes.

[370] Capítulo 12

Dada a heterogeneidade das amostras e as diferenças metodológicas inerentes aos diversos estudos, toma-se difícil, senão imprudente, comparar resultados e retirar conclusões. Contudo, fica a ideia de que o Distúrbio de Hiperansiedade é dos distúrbios ansiosos mais frequentes na infância e adolescência, em parte explicada pela forma restritiva como era definida a fobia social no DSM-III-R. Com aparecimento da 4ª revisão do DSM (1994), e conseqüente reformulação dos critérios para a fobia social segundo uma categoria mais abrangente e heterogénea, espera-se que muitos destes casos (nomeadamente, casos de Distúrbio de Hiperansiedade, Distúrbio Evitante e alguns medos considerados subclínicos) preencham, agora, os critérios de diagnóstico de Distúrbio de Ansiedade Social aumentando, assim, as taxas de prevalência bem acima de 1%. São necessárias mais investigações que permitam esclarecer os dados disponíveis, bem como se toma urgente a recolha de mais informação relativa à utilização do DSM-IV enquanto sistema classificativo.

A existência de comorbidade entre os distúrbios ansiosos na infância e adolescência tem sido, também, amplamente evidenciada em diferentes estudos, verificando-se, tal como nos adultos, ser mais a regra que a excepção (Last, Strauss, & Frances, 1987). Este aspecto será melhor descrito mais adiante, onde serão apresentadas as taxas de comorbidade encontradas na investigação, suas conseqüências, assim como discutida a importância do diagnóstico diferencial.

Características Clínicas da Fobia Social na Infância ou Adolescência

As crianças diagnosticadas com fobia social exibem uma ansiedade elevada em situações com pessoas não familiares. A ansiedade ocorre tanto em contextos com os pares, como em interações com os adultos. O seu desconforto e mal-estar é de tal forma severo que as leva a isolarem-se e a evitarem interações com as pessoas que não conhecem bem. Muitas vezes, estas crianças podem mesmo não articular

[371] Fobia Social na Infância e Adolescência

nenhuma palavra ou ficarem mudas perante pessoas estranhas, apesar de não apresentarem qualquer problema de comunicação com outras pessoas conhecidas.

A escola é, naturalmente, uma das áreas onde é habitual as crianças com fobia social evidenciarem problemas. Entre os mais comuns, incluem-se recear falar na turma à frente dos colegas, comer na cantina ou no bar, mudar de roupa para a aula de ginástica, participar nos jogos e brincadeiras no recreio, passear nos corredores, fazer um trabalho de grupo, participar nas festas da escola. Como consequência destes receios ou desconforto sentido, diversos comportamentos de evitamento podem começar a surgir como, por exemplo, frequentes idas ao gabinete médico ou de apoio durante o dia de escola, queixas somáticas, procura de isolamento e recusa em ir à escola.

Fora da escola, estas crianças ou jovens podem sentir enormes dificuldades em todas aquelas situações que impliquem um desempenho em público ou interação com os outros. Assim, ir a uma festa de anos, encontrar-se com alguém, comer num restaurante, ir às compras, conhecer pessoas novas, são exemplos de situações sociais receadas. Tentam, muitas vezes colocar os irmãos, pais ou amigos a falarem por eles podendo, mesmo, chegar a um caso de mutismo selectivo (Black & Uhde, 1992).

Como seria de esperar, tal como nos adultos, os jovens com uma fobia social generalizada manifestam mais comportamentos de evitamento, o que resulta muitas vezes num grau de invalidação maior que os fóbicos sociais com o subtipo não generalizado. Tal como já foi referido, os estudos têm mostrado ser pouco comum encontrar este subtipo não generalizado, isto é, a fobia social circunscrita a uma ou outra situação social, entre as crianças e jovens (Albano, DiBartolo, Heimberg, & Barlow, 1995), o que sugere que os receios, nesta população, rapidamente se generalizam a diversas situações.

Com o objectivo de examinar as características da fobia social na infância, Beidel (1991b) desenvolveu uma investigação numa amostra constituída por crianças com fobia social (n=18), Distúrbio de Ansiedade Generalizada (n=11), e controlos normais (n=18). A média das idades desta amostra foi de 10.4 anos e as crianças foram diagnosticadas através da Entrevista Clínica para os Distúrbios de Ansiedade,

[372] Capítulo 12

nas versões designadas para a criança e para os pais (*Anxiety Disorder Interview Schedule; Silverman & Nelles, 1988*). Foi, ainda, solicitado que as crianças preenchessem medidas de auto-resposta e um registo de auto-monitorização diário, bem como a participação num teste comportamental. Os resultados mostraram que as crianças fóbicas sociais manifestavam características muito semelhantes às dos adultos fóbicos sociais. Especificamente, referiram percepções significativamente mais baixas de competência cognitiva, traços de ansiedade mais elevados e uma ansiedade maior durante a tarefa ansiógena, que as crianças com Distúrbio de Hiperansiedade e que os controlos normais. Por outro lado, as crianças com Fobia Social apontaram, também, um maior número de acontecimentos ou situações geradoras de ansiedade e um maior desconforto sentido nessas situações da vida diária. Quando confrontadas com determinadas tarefas tais como fazer uma prova oral, ou ler em voz alta, as crianças fóbicas sociais demonstraram mais comportamentos de evitamento (choro e queixas somáticas) que as crianças com o Distúrbio de Hiperansiedade. Estes dados sugerem, pois, que a fobia social na infância resulta num desconforto extremo e interfere significativamente no funcionamento diário da criança (Beidel, 1991b).

Outras observações clínicas de crianças com fobia social têm confirmado os resultados apontados por Beidel (1991b). Através da recolha de dados clínicos, numa amostra de 27 crianças com fobia social seguidas no *Center for Stress and Anxiety Disorders of the University at Albany*, Albano *et al.* (1995) verificaram que os pensamentos destas crianças eram caracterizados por uma avaliação negativa e depreciativa de si mesmas e acompanhados por uma variedade de sintomas e sensações vegetativas.

Em termos comportamentais as crianças mais novas têm tendência a manifestar comportamentos de choro e de procura de segurança excessivos (ex.: agarrarem-se, não se afastarem dos pais, procurarem contacto físico permanente com os pais, chuchar no dedo) enquanto as mais velhas procuram reduzir os contactos sociais (ex.: baixar a cabeça, roer as unhas, mexer nas mãos, falar muito baixinho, postura rígida) e evitam ser o centro das atenções (Albano *et al.*, 1995; Kaminer & Stein, 1999; Morris & Kratochwill, 1991).

[373] Fobia Social na Infância e Adolescência

Como sintomas fisiológicos, as palpitações, transpiração, dores abdominais difusas, dores de cabeça, rubor facial, tremores, tensão gastro-intestinal, náuseas, são algumas das queixas mais frequentes. Duma forma geral, comportamentos de evitamento, tiques nervosos, tensão muscular e mal-estar ou dores no estômago parecem ser características de todas as crianças fóbicas sociais (Beidel, 1991b; Kendall *et al.*, 1991; Kaminer & Stein, 1999; Morris & Kratochwill, 1991).

Relativamente aos aspectos cognitivos, é o medo de avaliação social que é dominante e específico das crianças com este distúrbio, traduzindo-se frequentemente por pensamentos de escape, de fracasso, humilhação, embaraço, inadequação e auto-criticismo. Não obstante a dificuldade de verbalização das suas cognições, é frequente identificar, entre as crianças fóbicas sociais, pensamentos automáticos do tipo "estão todos a olhar para mim", "e se faço alguma coisa errada", "não vou conseguir fazer o teste", "sou diferente dos outros", "não sei conversar", "vão gozar comigo" (Francis, 1988; Kaminer & Stein, 1999; Kendall *et al.*, 1991; Kendall & Chansky, 1991; Leary & Kowalsky, 1995). É claramente evidente o medo de poderem fazer uma má figura (por exemplo, tolo, idiota, bebé, medricas) e, conseqüentemente, serem rejeitados (por exemplo, as outras crianças não brincarem com eles).

As situações sociais geradoras de ansiedade e desconforto, tal como já tivemos oportunidade de referir, podem ser numerosas e variadas e podem estar ou não relacionadas com a escola. A apresentação oral dum trabalho, ir ao quadro, passear nos corredores da escola, comer no bar ou cantina, ir a uma festa, conhecer pessoas novas, participar em jogos de grupo, ir às compras ou atender o telefone são exemplos típicos de situações habitualmente evitadas pelas crianças fóbicas sociais (Albano *et al.*, 1995; Francis & Radka, 1995; Kaminer & Stein, 1999; Leary & Kowalsky, 1995).

Curiosamente Albano e cols. (1995) verificaram, também, que muitas crianças com fobia social desenvolviam interesses invulgares para as suas idades. Por exemplo, muitas destas crianças tinham *hobbies* ou interesses por assuntos pouco comuns (ex., factos da Guerra Civil, programação de computadores, acompanhar informações sobre o tempo). Uma hipótese possível para explicar esta ausência de passatempos

mais vulgares (como, por exemplo, jogos de vídeo, revistas de jovens) tem a ver com o tempo restrito que as crianças com fobia social dispõem em interações sociais. Como tal, ao não se exporem adequadamente a este tipo de estimulação social, também não têm oportunidade de ser socialmente reforçadas pelos colegas. Consistentemente, argumentam que os colegas e os seus interesses tipicamente relacionados com a idade são "demasiado imaturos", como para justificar objectivos alternativos. Os autores sugerem, ainda, que a certa altura os passatempos atípicos podem tomar-se uma forma de evitar as actividades usuais dos colegas, as quais desencadeiam ansiedade social (*ibidem*). Seria interessante estudar se estes interesses se mantêm ou diminuem com o tratamento eficaz da fobia social.

Comorbilidade

Cada vez mais, hoje, se reconhece a importância da comorbilidade na classificação e etiologia dos distúrbios mentais. Por exemplo, se um distúrbio precede regularmente outro, então o primeiro pode ser um factor de risco ou precipitante para o segundo; se dois distúrbios são altamente comórbidos podem ser manifestações da mesma perturbação; por sua vez, se dois distúrbios nunca ocorrem simultaneamente são, então, distúrbios claramente diferentes.

A comorbilidade ou a co-ocorrência de distúrbios mentais na infância e adolescência é comum em amostras clínicas e da comunidade (Last *et al.* 1987; Curry, & Murphy, 1995, Lewinsohn *et al.*, 1997). De facto, uma revisão da literatura sugere que o grau de comorbilidade parece ser mais elevado nas crianças e adolescentes que nos adultos.

Os resultados, obtidos no estudo de Last, Strauss e Francis (1987), indicaram que 41% das crianças com distúrbio primário de Ansiedade de Separação, 63% da amostra de Fobia Social e 56% das crianças com distúrbio primário de Hiperansiedade apresentavam, para além do respectivo diagnóstico, um ou mais distúrbios de ansiedade.

Por sua vez, Francis, Last e Strauss, (1992, *in* Francis & Radka, 1995) verificaram que o diagnóstico de Hiperansiedade era o distúrbio ansioso mais frequentemente associado ao Distúrbio Evitante da infância

[375] Fobia Social na Infância e Adolescência

e Fobia Social: 79% das crianças diagnosticadas com Distúrbio Evitante, 91% de fóbicos sociais e 100% das crianças com ambos os diagnósticos (nomeadamente, Distúrbio Evitante e Fobia Social) apresentavam, também, um Distúrbio de Hiperansiedade.

Até à data existem escassas avaliações da validade do Distúrbio Evitante, Distúrbio de Hiperansiedade e Fobia Social enquanto distúrbios distintos na infância e adolescência. Segundo Francis, Last e Strauss (1992; *in* Francis & Radka, 1995) os jovens com Distúrbio Evitante não se diferenciam virtualmente dos fóbicos sociais em termos das características demográficas, padrões de comorbilidade e medidas de sintomas de depressão e medo. Tal como já tivemos oportunidade de afirmar, parece que a extensa sobreposição entre o Distúrbio Evitante e a Fobia Social foi suficiente para justificar a exclusão do Distúrbio Evitante do DSM-IV, enquanto entidade diagnóstica autónoma.

Também Werry (1991, *in* Francis & Radka, 1995), ao rever as investigações sobre este tema, concluiu que o Distúrbio de Hiperansiedade é uma categoria diagnóstica pouco fidedigna e modestamente distinta e válida. Este distúrbio aparecia tão frequentemente associado a outros distúrbios na infância, segundo os critérios do DSM-III-R, que foi excluído na 4ª edição deste manual como uma entidade diagnóstica distinta, sendo em grande parte incluída no Distúrbio de Ansiedade Generalizada (GAD).

Duas grandes limitações podem ser apontadas à maioria dos estudos sobre a comorbilidade entre os distúrbios ansiosos na infância e adolescência. A primeira diz respeito ao facto de grande parte das investigações se ter centrado sobre a comorbilidade entre dois ou um número reduzido de distúrbios ansiosos, não examinando o padrão de comorbilidade num conjunto mais alargado de distúrbios ansiosos. A segunda refere-se ao facto da maioria destes estudos ter sido realizada com amostras clínicas o que, como é conhecido, aumenta habitualmente as taxas de comorbilidade (Lewinsohn *et al.*, 1997).

Uma importante excepção foi o estudo de Lewinsohn e cols. (1997) que examinou a comorbilidade ao longo do ciclo de vida entre os distúrbios ansiosos, e entre os distúrbios ansiosos e outros distúrbios mentais, numa amostra da comunidade constituída por 1507 adotescentes estudantes. Nesta amostra foi possível encontrar um leque

[376] Capítulo 12

extenso e diversificado de diagnósticos onde foram estabelecidos 3 grupos: um constituído por jovens com distúrbios de ansiedade ao longo do ciclo de vida (n=134); outro sem qualquer distúrbio de ansiedade (n=510); e o terceiro formado por aqueles que nunca tinham preenchido os critérios para um distúrbio mental (n=863). Os resultados indicaram uma taxa relativamente baixa (18.7%) de comorbilidade intra-ansiedade (isto é, referente ao grau de comorbilidade entre os distúrbios de ansiedade - pânico, fobia social, fobia simples, distúrbio obsessivo-compulsivo, ansiedade de separação e hiperansiedade) e uma elevada taxa de comorbilidade (73.1%) ao longo do ciclo de vida entre os distúrbios de ansiedade e distúrbios mentais (nomeadamente, o Distúrbio de Depressão *Major*). Relativamente aos valores baixos encontrados para a comorbilidade entre os distúrbios ansiosos, contrariamente aos apontados por diversos estudos, são explicados pelos autores pelo efeito do género, uma vez que a maioria dos casos com múltiplos distúrbios de ansiedade são, na amostra deste estudo, jovens do sexo feminino. Já a forte comorbilidade entre os distúrbios de ansiedade e distúrbios mentais não se mostrou associada ao género. Apesar do contributo importante deste estudo, os autores sugerem a realização de novas investigações que permitam esclarecer os resultados encontrados.

Até à data, os dados de que dispomos, parecem, pois, insuficientes para avaliar o papel da comorbilidade na etiologia e tratamento da Fobia Social na infância e adolescência, evidenciando a importância de mais estudos nesta área.

Diagnóstico diferencial

A Fobia Social em crianças e adolescentes deve ser, em primeiro lugar diferenciada dum esperado grau de auto-consciência elevado e embaraçoso, próprios deste período de vida. Esta ansiedade social, designada na literatura por sub-clínica, pode ser expressa na

preocupação que a criança tem com a realização de uma prova oral, a relutância em entrar numa festa com gente que não conhece, ou ainda pela hesitação e insegurança do adolescente em convidar alguém para sair ou marcar um encontro.

[377] Fobia Social na Infância e Adolescência

Tal como já referimos atrás, neste caso a ansiedade antecipatória é relativamente restrita e transitória, esperando-se que se esbata com a própria experiência do jovem.

O Distúrbio de Ansiedade Generalizada (DAG) e Fobias Simples são exemplos de perturbações que é necessário diferenciar da Fobia Social. Aqui, o foco principal do medo pode constituir um aspecto central. As crianças com DAG podem ter preocupações excessivas e ansiedade antecipatória acerca de determinados acontecimentos ou actividades, que acabam por poder interferir na qualidade do seu desempenho na escola e em outros contextos sociais. Contudo, as crianças com DAG experienciam estas preocupações mesmo que não estejam a ser avaliadas pelos outros ou que não sejam o foco da atenção dos outros. No caso das Fobias Simples, embora o medo de embaraço ou humilhação possa estar presente, não é esse o receio mais importante, como acontece na Fobia Social.

As crianças com Ansiedade de Separação podem também evitar contextos sociais, embora aqui a distinção seja feita por estas se sentirem habitualmente à vontade em contextos sociais em sua casa, enquanto as crianças com Fobia Social manifestam desconforto mesmo nessas situações.

O comportamento de recusa à escola é outra complicação frequente entre as crianças socialmente ansiosas, que causa uma interferência muito significativa nas suas vidas limitando o seu desenvolvimento académico e sócio-emocional. Last e Strauss (1990) encontraram que 30% da sua amostra, constituída por 63 crianças que recusavam a escola, apresentava uma fobia social. As condições que conduzem à recusa escolar devem ser devidamente diferenciadas para a prescrição adequada dum tratamento. Por exemplo, as crianças com Distúrbio de Ansiedade de Separação frequentemente poderão recusar ir para a escola (ou outras situações sociais) pelo medo de serem separadas daqueles que cuidam e tratam delas. Contudo estas crianças não apresentam problemas de socialização na sua própria casa ou locais sociais fora de casa desde que acompanhadas pelos pais. O mesmo não acontece com as crianças com fobia social, que continuam a manifestar sinais de desconforto mesmo quando as situações sociais receadas correm em casa e/ou na presença dos pais.

[378] Capítulo 12

O Mutismo Selectivo caracterizado por uma recusa persistente em falar em situações sociais específicas, independentemente da capacidade de comunicar fluentemente numa linguagem oral, é outra situação que levanta problemas de diagnóstico diferencial relativamente à Fobia Social. As crianças com este distúrbio, tipicamente conversam e falam num tom de voz normal em casa, mas recusam-se a falar na escola ou outras situações sociais em que é esperado falar. Black e Uhde (1992) sugeriram que o mutismo selectivo pode, de facto ser uma variante da Fobia Social e não um síndrome diagnóstico distinto. As crianças com mutismo selectivo evidenciam timidez excessiva, medo do

embaraço social, isolamento e exclusão social e negativismo (*American Psychiatric Association*, 1994), sendo todas características que se observam na fobia social em crianças. Também o estudo de Anstendig (1999) mostrou que o mutismo selectivo é etiologicamente muito semelhante aos distúrbios ansiosos, pelo que poderá ser encarado como um distúrbio de ansiedade ou uma variante dum distúrbio específico de ansiedade, nomeadamente, da fobia social, ansiedade de separação ou distúrbio de stress pos-traumático. Neste sentido, a autora conclui que as crianças com mutismo selectivo e respectivas famílias beneficiariam mais, do ponto de vista de avaliação e tratamento, se esta condição fosse incluída na categoria dos Distúrbios de Ansiedade do DSM, ou como um sintoma de um distúrbio específico de ansiedade, do que permanecer na categoria de Outros Distúrbios da Infância e Adolescência como refere actualmente o DSM-IV (Anstendig, 1999).

Em síntese, podemos afirmar que também na infância e adolescência, a Fobia Social aparece frequentemente associada a outras condições clínicas o que pode muitas vezes, por um lado dificultar uma avaliação correcta e, por outro, agravar a situação impondo-se, pois, como um aspecto relevante no planeamento de uma intervenção terapêutica adequada. Os distúrbios ansiosos, nomeadamente os Distúrbios Evitante e de Hiperansiedade, são os que apresentam taxas mais elevadas de comorbilidade com a Fobia Social, em parte explicadas por uma grande sobreposição de critérios de diagnóstico. Outras condições como depressão, recusa à escola, mutismo selectivo, são complicações habituais em casos de Fobia Social levantando, por vezes

[379] Fobia Social na Infância e Adolescência

sérios desafios ao clínico no estabelecimento de um diagnóstico diferencial. Este deve centrar-se no foco principal do medo, nos contextos em que ele ocorre, na presença de outra condição que melhor explique os sintomas de ansiedade e na extensão e intensidade com que esses sintomas ocorrem.

Avaliação clínica

Até à data não existe nenhuma abordagem que, isoladamente seja fidedigna e válida para a avaliação dos distúrbios infantis. Neste sentido, tal como nos adultos, a avaliação da ansiedade nas crianças, requer uma perspectiva multifacetada que forneça informação de múltiplos contextos (casa, escola, tempos livres), e de múltiplos informadores (pais, criança, professores, amigos). É de salientar a importância da percepção da criança acerca das suas próprias dificuldades. Para obter estas informações recorre-se habitualmente a entrevistas clínicas estruturadas, questionários de auto-resposta, escalas para pais e professores, observação directa do comportamento, medidas fisiológicas, assim como à história familiar e padrões de interacção recorrentes.

Como seria de esperar, cada método apresenta vantagens e dificuldades próprias que limitam a eficácia da utilização de uma só técnica de avaliação para a elaboração de um diagnóstico.

Ainda, no caso da infância e adolescência é imprescindível que o processo de avaliação tenha em conta as grandes mudanças desenvolvimentais que ocorrem neste período de vida. Assim, por exemplo, mudanças cognitivas, sócio-emocionais e biológicas

podem justificar que uma criança de 8 ou 9 anos de idade seja muito diferente de outra de 12 ou 13 anos. Por sua vez, a estas mudanças vão corresponder diferentes capacidades de expressão e de compreensão da criança, o que vai influenciar o tipo de estratégia de avaliação mais indicada, bem como a consideração de dados normativos para a avaliação da conformidade dos comportamentos em termos desenvolvimentais.

Para além desta precaução associada à escolha de um método multivariado e sensível aos aspectos desenvolvimentais na avaliação

[380] Capítulo 12

dos distúrbios infantis, há, também, a ter em conta a dificuldade inerente à avaliação da ansiedade em si, devido a questões de validade do diagnóstico de ansiedade na infância.

Iremos, agora, focar a nossa atenção nos métodos e estratégias mais utilizados na avaliação clínica da fobia social na infância e adolescência. Nesse sentido é feita uma revisão da literatura científica neste domínio, que inclui a aplicação de entrevistas estruturadas, instrumentos de auto-resposta, medidas de avaliação comportamental, cognitiva e fisiológica, assim como o recurso à avaliação familiar e realizada pelos professores.

Entrevistas Estruturadas

Existem várias entrevistas estruturadas e semi-estruturadas que podem ser utilizadas para avaliar os distúrbios psiquiátricos nas crianças e adolescentes. A *Interview Schedule for Children* (ISC; Kovacs, 1978), a *Children Assessment Scale* (CAS; Hodges, McKnew, Cytryn, Stern & Kline, 1982), a *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-aged Children* (SAD-C; Puig-Antich & Chambers, 1978) e a *Anxiety Disorders Interview Schedule* (ADIS-C; Silverman & Nelles, 1988) são alguns exemplos de instrumentos, utilizados com as crianças e pais, que procuram avaliar uma variedade de áreas clínicas, entre as quais a presença de distúrbios de ansiedade.

A *Anxiety Disorders Interview Schedule*, nas versões designadas para Crianças e para Pais (**ADIS-C e ADIS-P**), desenvolvida por Silverman e Nelles (1988), é um dos meios de avaliação mais utilizado no estudo dos distúrbios de ansiedade na infância. Ambos os formatos da Entrevista permitem aos avaliadores estabelecer diagnósticos com base nos critérios de classificação do DSM-III. Estas versões têm sido revistas de acordo com a actualização dos critérios de diagnóstico do DSM (por exemplo, a ADIS-C e ADIS-P relativamente ao DSM-IV; Silverman, & Albano, 1995, in Francis & Radka, 1995).

Rapee, Barrett, Dadds, e cols. (1994, in Francis & Radka, 1995) utilizaram a ADIS-C e ADIS-P, numa amostra de 161 jovens e respectivos

[381] Fobia Social na Infância e Adolescência

pais, para avaliar a fidedignidade nos diagnósticos clínicos. Os resultados mostram uma fidedignidade moderada para os distúrbios de ansiedade na infância, segundo os critérios estabelecidos pelo DSM-III-R. Apesar de novos estudos de precisão e validade estarem ainda a ser desenvolvidos para esta Entrevista aplicada ao DSM-IV (APA, 1994), espera-se

que a mesma continue a revelar boas características psicométricas (Albano, DiBartolo, Heimberg & Barlow, 1995).

A *Interview Schedule for Children (ISC)*; Kovacs, 1978) dispõe de um número reduzido de investigações, para além de não estarem, até à data, publicados os seus dados psicométricos. Aplica-se a crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 17 anos.

A *Child Assessment Schedule (CAS)*; Hodges, McKnew, Cytryn, Stern & Kline, 1982) é particularmente útil na avaliação de pré-adolescentes e de sujeitos no início da adolescência (7-16 anos). Dispõe de 3 versões, bem como existem estudos realizados em Portugal sobre a aplicação desta escala (Oliveira *et al.*, 1997; Oliveira, Santos & Abreu, 1997). Apenas metade dos itens apresenta uma conotação diagnóstica, remetendo a outra metade para problemas ou conflitos relativos ao funcionamento do sujeito no dia-a-dia. Numerosos estudos têm evidenciado a sua fidedignidade entre entrevistadores, fidedignidade teste-reteste e validade (Hodges, McKnew, Cytryn *et al.*, 1982; Hodges & Saunders, 1989, Verhulst, Berden, & Sanders-Woudstra, 1985, *in* Oliveira *et al.*, 1997). Na aplicação da CAS à população portuguesa, esta escala provou ser adequada para diagnosticar psicopatologia nas populações clínica e de base comunitária, bem como para fornecer informações importantes da criança ou adolescente, tanto para a elaboração do diagnóstico como para outras áreas de funcionamento (Oliveira *et al.*, 1997; Oliveira, Santos & Abreu, 1999).

A *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-aged Children (SAD-C)*; Puig-Antich & Chambers, 1978), aplicável a crianças e jovens entre os 6 e os 17 anos de idade, fornece diagnósticos para uma larga gama de distúrbios sendo, conseqüentemente, a sua administração bastante morosa. Tal como as outras, é uma entrevista semi-estruturada o que confere alguma flexibilidade à sua administração introduzindo, assim, alguma variabilidade e subjectividade nos juízos de diagnóstico.

[382] Capítulo 12

Justifica-se, por isso, que o seu uso deva ser concretizado por técnicos com formação clínica aprofundada, nomeadamente com treino relativo às questões do diagnóstico diferencial.

Segundo Silverman (1991), as entrevistas estruturadas, embora tenham aspectos em comum, variam largamente na sua codificação e administração. Por exemplo, são frequentes as diferenças relativamente à ordem da(s) pessoa(s) entrevistada(s) (por exemplo, primeiro a criança e depois os pais ou *vice-versa*) e à integração dos dados da entrevista para determinar diagnósticos compostos. Conseqüentemente, torna-se difícil generalizar afirmações a respeito da fidelidade e validade destes instrumentos. Há, ainda, a acrescentar o facto de poucos estudos permitirem fazer comparações de fidelidade entre os distúrbios de ansiedade na infância, dado o reduzido tamanho das amostras utilizadas. Apesar desta escassez de informação abranger também o diagnóstico de Fobia Social na infância e adolescência, começam a surgir estudos exploratórios que evidenciam a fidedignidade e validade de diagnóstico deste distúrbio em crianças e adolescentes (Beidel, Neal, & Lederer, 1991; Silverman, & Eisen, 1992, *in* Albano *et al.*, 1995).

Dada a limitação dos dados sobre a solidez das entrevistas estruturadas, alguns investigadores têm chamado a atenção para a falta de confiança destas medidas, quando

utilizadas em exclusivo, no trabalho clínico (Ollendick & Francis, 1988). Entre as críticas apontadas a estas entrevistas incluem-se o facto de consumirem muito tempo, a necessidade dum treino rigoroso para os entrevistadores, e serem potencialmente inadequadas para utilizar com crianças pequenas. Assim, é recomendável a administração duma entrevista focada no problema, como suplemento da informação obtida na entrevista estruturada (Ollendick, & Francis, 1988).

Em resumo, as propriedades psicométricas das entrevistas estruturadas para os distúrbios ansiosos na infância, entre os quais se inclui a fobia social, não estão completamente estabelecidas. Toma-se imprescindível uma avaliação mais aprofundada destes instrumentos, do ponto de vista psicométrico, pois só assim é possível apurar a validade dos respectivos diagnósticos estabelecidos, bem como fazer comparações entre diferentes estudos.

[383] Fobia Social na Infância e Adolescência

Medidas de Auto-Resposta

Diversas medidas de auto-resposta podem ser utilizadas em crianças e adolescentes com fobia social, de acordo com os vários construtos considerados relevantes para a avaliação e tratamento deste distúrbio. Desta forma, numa revisão bibliográfica deste tema, encontramos questionários centrados sobre aptidões sociais, autoconceito, ansiedade geral, ansiedade social, satisfação social, medos, entre outros. Os instrumentos de auto-resposta constituem um dos métodos mais utilizados para a avaliação da ansiedade na infância, dada a sua facilidade de aplicação, possibilidade de comparação entre estudos e de avaliação dos resultados do tratamento. Claro que, também, são apontadas algumas desvantagens, como por exemplo, o facto de alguns deles não abordarem satisfatoriamente a situação específica do distúrbio de ansiedade numa criança, outros não captam os medos específicos da criança e outros, ainda, não têm em conta as diferenças desenvolvimentais ou não são sensíveis a variações na capacidade compreensiva da criança (Francis, 1990; Kendall, *et al.*, 1991).

Na avaliação dos medos e da ansiedade em geral, os questionários de auto-resposta mais amplamente divulgados são a *State-Trait Anxiety Scale for Children*, a *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* e o *Fear and Survey Schedule-Revised*. Estas escalas têm sido alvo de diversas revisões e apresentam dados normativos para várias idades e grupos de crianças (Spielberger, 1973; Reynolds & Richmond, 1978; Reynolds & Paget, 1983 *in* Albano *et al.*, 1995; Fonseca, 1992; Ollendick, 1983; Shore & Rapport, 1998; Muris *et al.*, 1998).

A Escala de Ansiedade Estado-Traço para Crianças (STAIC *State-Trait Anxiety Scale for Children*; Spielberger, 1973) consiste em duas subescalas, de 20 itens cada, que medem a ansiedade estado e traço. As crianças fóbicas sociais têm, consistentemente, pontuações significativamente mais elevadas na STAIC, que as crianças normais (Beidel, 1991b).

A Escala Revista de Ansiedade Manifesta para Crianças (RCMAS - *Revised Children's Manifest Anxiety Scale*; Reynolds & Richmond, 1978) é outra medida de ansiedade crónica, formada por

37 itens destinados a determinar a presença (*Sim*) ou ausência (*Não*) de uma grande variedade de sintomas em crianças e adolescentes. Os resultados de uma análise factorial, numa amostra de crianças americanas, revelam a existência de três factores de ansiedade: ansiedade fisiológica, problemas de concentração e preocupações ou hipersensibilidade; para além destes, a escala apresenta, também, um factor de mentira ou desejabilidade social, o qual pode ser particularmente importante, já que algumas crianças ansiosas parecem responder ao questionário numa forma socialmente desejável. Este instrumento encontra-se traduzido e adaptado à população portuguesa (Fonseca, 1992). Os resultados da sua aplicação, a uma amostra constituída por 635 crianças portuguesas, provam que a escala apresenta boas características psicométricas, designadamente no que se refere à consistência interna, fidelidade teste-reteste, validade discriminante e validade concorrente. Contudo, neste estudo, não foi replicada a estrutura factorial da versão americana mostrando, os dados obtidos, dois factores principais: um factor de ansiedade global e um factor de mentira ou desejabilidade social (cf. Fonseca, 1992).

O Inventário Revisto de Medos para Crianças (FSSC-R; *Fear Survey Schedule for Children-Revised*; Ollendick, 1983) é um dos questionários mais utilizados na investigação de medos em crianças e adolescentes, dispondo de versões traduzidas e adaptadas a diferentes populações (Fonseca, 1993; Shore & Rapport, 1998). O FSSC-R é formado por 80 itens que traduzem diversos medos (como, por exemplo, medos ligados ao perigo ou morte, medos do desconhecido, medos relacionados com a saúde e acidentes, medos relativos ao criticismo e insucesso, entre outros). Para cada item, é pedido à criança que assinale a frequência com que tem sentido o respectivo medo, servindo-se, para o efeito, de uma escala de resposta que varia entre 0 (nenhum) e 2 (muito). A soma dos valores indicados produz um índice geral de medos. Esta escala é aplicável a crianças e adolescentes dos 8 aos 17 anos de idade, e tem revelado uma boa consistência interna e fidelidade teste-reteste (Shore & Rapport, 1998). Os estudos de aplicação desta escala à população portuguesa mostram que este inventário possui boas qualidades psicométricas e que os medos mais comuns na população portuguesa são muito semelhantes aos encontrados em países de língua inglesa (Fonseca, 1993).

[385] Fobia Social na Infância e Adolescência

Contudo, a mesma investigação revelou, também, algumas diferenças importantes. Uma delas diz respeito ao facto da estrutura factorial da versão portuguesa não corresponder à encontrada em estudos americanos e australianos (Ollendick, 1983; King *et al.*, 1989, *in* Shore & Rapport, 1998). Os dados obtidos na população portuguesa apontam no sentido de uma estrutura monofactorial pelo que se recomenda, provisoriamente, apenas a utilização do resultado global da escala. Outra diferença, refere-se à necessidade de acrescentar novos itens à versão original, de forma a conseguir-se uma visão mais completa dos medos específicos das crianças portuguesas (cf. Fonseca, 1993).

Mais recentemente, já na década de 90, face aos progressos da investigação no domínio dos distúrbios ansiosos infantis, e às mudanças registadas nos grandes sistemas de

classificação e diagnóstico (como, por exemplo, o aparecimento do DSM-IV), foram construídos novos instrumentos com o objectivo de avaliação clínica da psicopatologia infantil e juvenil. A *Spence Children Anxiety Scale* (SCAS), a *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED) e a *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC) constituem três exemplos destas novas medidas de avaliação.

A Escala de Ansiedade de Spence para Crianças (SCAS - *Spence Children Anxiety Scale* ; Spence, 1998) inclui um leque variado de sintomas, agrupados em diferentes subescalas, que permitem a validação das principais perturbações de ansiedade da criança, tal como são definidas pelo DSM-IV (APA; 1994). Os estudos que recorreram a esta escala (Spence, 1994, 1997, *in* Spence, 1998) mostraram que possuía boas qualidades psicométricas, nomeadamente uma adequada consistência interna, fidedignidade teste-reteste, validade convergente e validade divergente. Os resultados obtidos nestas pesquisas revelaram, também, uma estrutura de seis factores correspondentes às seis categorias de ansiedade do DSM-IV, que o questionário se propõe medir. Esta escala encontra-se traduzida e adaptada à população portuguesa (Fonseca *et al.*, 1999). Na sua aplicação a uma amostra de 386 crianças portuguesas do ensino regular, dos 8 aos 13 anos, chegaram-se a resultados semelhantes, do ponto de vista psicométrico, aos referidos pela autora da escala em estudos com crianças australianas.

[386] Capítulo 12

Contudo, os resultados obtidos na população portuguesa não replicaram a estrutura factorial encontrada por Spence (1998), sugerindo que a SCAS constitui, antes, uma medida de ansiedade geral, e não um meio de validação dos seis distúrbios de ansiedade apontados pelo DSM-IV (Fonseca *et al.*, 1999).

Também com o objectivo de determinar fidedignamente o diagnóstico dos distúrbios ansiosos e a sintomatologia associada a cada um deles, Muris e cols. (1998) modificaram o *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED). Trata-se de um questionário de auto-resposta que mede os sintomas dos distúrbios de ansiedade da infância e adolescência, tal como são definidos pelo DSM-IV (APA, 1994). Diversos estudos têm apoiado empiricamente a utilidade e validade clínica desta escala. Por exemplo, Birmaher e cols. (1997, *in* Muris *et al.*, 1998) mostraram que os resultados obtidos na SCARED permitiam distinguir as crianças com distúrbios de ansiedade das crianças com depressão, bem como das crianças com distúrbios de comportamento. Por outro lado, o estudo de Muris e cols. (1998) revelou que a escala discriminava, também satisfatoriamente, crianças com e sem um distúrbio específico de ansiedade. As pontuações obtidas na SCARED mostraram-se positivamente correlacionadas com as pontuações de outras medidas tradicionais de ansiedade, nomeadamente a RCMAS e o FSSC-R (Murriss *et al.*, 1998).

Finalmente, a *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC; March, Sullivan & Parker, 1999) é outro exemplo dum instrumento de avaliação recentemente desenvolvido com objectivos clínicos. É uma escala de auto-resposta, *tipo-Likert* (4 pontos) formada por 39 itens que incluem: i) sintomas físicos (tensão/inquietação e sintomas somáticos/autonómicos); ii) evitamento de dano ou lesão (*coping* ansioso e perfeccionismo); iii) ansiedade social (humilhação/rejeição e medo de desempenhos em

público); e iv) ansiedade de separação. Estes factores têm sido validados em amostras clínicas e da população geral, e são invariáveis segundo o sexo, raça e idade (March, 1998, *in* March, Sullivan & Parker, 1999). Para além destes factores derivados empiricamente, a MASC inclui, também, na população pediátrica, duas subescalas: i) um formato breve, unifactorial, formado por 10 itens (MASC-10) utilizado em estudos epidemiológicos e relativos

[387] Fobia Social na Infância e Adolescência

aos resultados de tratamento; e ii) um índice de Ansiedade, formado por 12 itens, que permite discriminar crianças ansiosas quer de crianças normais quer de crianças com outro tipo de psicopatologia (March, 1998, *in* March, Sullivan & Parker, 1999). Ambas as subescalas mostraram uma excelente eficiência de diagnóstico (*ibidem*). Os resultados de estudos psicométricos da MASC (March, 1997, March, 1998, *in* Marsh, Sullivan & Parker, 1999) revelam uma boa consistência interna e fidedignidade teste-reteste, que apoiam a sua utilidade tanto na prática clínica como para efeitos de investigação.

Focando, agora, a nossa atenção nos questionários que procuram avaliar especificamente a fobia social na infância e adolescência, deparamo-nos com uma área mais pobre, ou pelo menos não tão desenvolvida, como no caso da avaliação deste quadro clínico em adultos.

Destacamos a investigação de Warren, Good e Velten, (1984, *in* Albano *et al.*, 1995) por ter sido dos primeiros estudos a examinar a validade da **SAD** e **FNE** em amostras de sujeitos mais novos, nomeadamente estudantes do ensino secundário. Estas escalas desenvolvidas por Watson e Friend (1969), e sobejamente conhecidas nos estudos de ansiedade social (ver Cunha, cap. 7 deste livro), foram originalmente concebidas para estudantes universitários, sendo posteriormente muito utilizadas na avaliação da ansiedade social e do evitamento em adultos. Este estudo (Warren, Good & Velten, 1984, *in* Albano *et al.*, 1995) permitiu encontrar dados preliminares referentes à validade concorrente destas escalas aplicadas a adolescentes. Por outro lado, na avaliação pós-tratamento, os adolescentes com ansiedade social que tinham recebido tratamento racional-emotivo mostraram uma diminuição significativa nas pontuações da SAD e FNE. Não obstante este avanço relativamente à utilidade e validade destas escalas, permanece por examinar a sua validade em amostras de pré-adolescentes.

De facto, apenas duas medidas dirigidas especificamente à avaliação clínica da ansiedade social e evitamento na infância foram desenvolvidas, até à data: a *Social Anxiety Scale for Children-Revised*; SASC-R; LaGreca & Stone, 1993) e o *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children*; SPAI-C; Beidel, Turner, & Morris, 1995).

[388] Capítulo 12

A Escala Revista de Ansiedade Social para Crianças (SASC-R: *Social Anxiety Scale for Children-Revised*; LaGreca & Stone, 1993) é composta por 22 itens que procuram avaliar a experiência subjectiva de ansiedade social em crianças. Para responder a cada um destes itens a criança dispõe duma escala de resposta de 1 a 5, em que assinala a frequência

da experiência de ansiedade. Os resultados encontrados no estudo de La Greca e Stone (1993), conduzido numa amostra de crianças da população geral, apoiam a fidedignidade e validade da SASC-R. Nesta investigação, a análise factorial revelou a existência de três factores, e não dois como foram inicialmente apontados para a primeira versão da escala (SASC).

Na versão original (SASC), foram consistentemente produzidos dois factores principais: i) *Medo de Avaliação Negativa* (FNE), que reflecte o medo ou a preocupação da criança em relação à avaliação negativa dos companheiros; e ii) *Evitamento Social e Desconforto* (SAD), que traduz a inibição social das crianças ou o evitamento dos pares (evitamento social) e a sua experiência de mal-estar e desconforto em situações sociais com os pares (desconforto social) (LaGreca *et al.*, 1988, *in* La Greca & Stone, 1993).

Na versão revista da escala (SASC-R), este último factor é diferenciado em *Novo e Geral para avaliar*, respectivamente, o desconforto e evitamento social relativo a situações sociais novas ou com crianças desconhecidas (SAD-New), e o desconforto e evitamento que é sentido, numa forma geral, na companhia dos pares (SAD-General) (LaGreca & Sone, 1993). Os resultados obtidos com a utilização da SASC-R, numa amostra de crianças da população geral, permitem diferenciar crianças com e sem problemas de relacionamento com os pares (*ibidem*).

Ginsburg, La Greca e Silverman (1998) procuraram alargar os dados psicométricos desta escala a uma população clínica, nomeadamente crianças com distúrbios de ansiedade. Os resultados deste estudo confirmam a solução de três factores (FNE, SAD-New e SAD-General), sugerindo que estes três componentes de ansiedade social são conceptualmente importantes no caso de crianças com distúrbios de ansiedade. Relativamente às propriedades psicométricas da SASC-R nesta população, o presente estudo indica uma boa consistência interna

[389] Fobia Social na Infância e Adolescência

e elevadas correlações entre as subescalas, dados estes, semelhantes aos obtidos em estudos anteriores. Os resultados mostraram, ainda, que a escala permite distinguir as crianças com e sem ansiedade social, aspecto que é particularmente importante na avaliação dos distúrbios ansiosos na infância. Com base na informação recolhida, os autores sugerem que a SASC-R é um instrumento útil na identificação de crianças em risco de desenvolver distúrbios assentes na ansiedade social, bem como na avaliação de mudanças dos níveis de ansiedade social ocorridas durante e após o tratamento (Ginsburg, La Greca & Silverman, 1998).

Recentemente, La Greca desenvolveu uma versão desta escala para adolescentes, a qual designou de *Social Anxiety Scale for Adolescents* (SAS-A; La Greca, 1998 *in* La Greca & Lopez, 1998). A escala consiste em 18 itens que traduzem medo de avaliação negativa, desconforto e evitamento social, e 4 itens em aberto para serem completados pelos respondentes. À semelhança da SASC-R, esta revelou boas qualidades psicométricas e uma estrutura factorial idêntica, constituída pelos mesmos 3 factores ou subescalas (La Greca & Lopez, 1998; La Greca & Stone, 1993).

O Inventário de Ansiedade e Fobia Social para Crianças (SPAI-C; Beidel, Turner, & Morris, 1995) é constituído por 26 itens que procuram avaliar a fobia social,

segundo os critérios do DSM, em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 8 e os 17 anos de idade. O estudo de análises factoriais revelou a existência de três factores primários: assertividade/conversação geral, encontros sociais tradicionais e desempenho em público (Beidel, Turner, & Morris, 1995). Resultados preliminares apontam para valores excelentes relativamente à fidedignidade teste-reteste (.85 para duas semanas de intervalo), à validade concorrente (obtidos através de correlações significativas com outras medidas de ansiedade) e à validade discriminante, mostrando diferenciar crianças com distúrbio de ansiedade social de controlos normais (Beidel, Turner, & Morris, 1995). Outras investigações serão necessárias para avaliar a capacidade do SPAI-C discriminar os diferentes distúrbios de ansiedade na infância e adolescência.

Um outro constructo que é, potencialmente, relevante para a ansiedade social na infância é o autoconceito, particularmente a competência percebida no funcionamento social.

[390] Capítulo 12

De facto, uma forte auto-estima, neste e noutros domínios, pode servir para proteger as crianças de desenvolverem estados psicopatológicos (como, por exemplo a depressão) (Albano, DiBartolo, Heimberg, & Barlow, 1995). o **Self-Perception Profile for Children - SPPC**; (Harter, 1982), formado por 28 itens, avalia a percepção que a criança tem de si própria acerca da suas competências em 5 domínios específicos: académico, desportivo, social, comportamental (conduta) e aparência. A estrutura factorial deste instrumento permitiu identificar 4 subescalas que medem o auto-valor cognitivo, físico, social e geral. Esta escala mostrou-se relacionada positivamente com a avaliação sociométrica realizada pelos pares. Os resultados do estudo de Strauss e cols. (1989) revelaram que as crianças ansiosas referem sentir-se menos competentes socialmente que os sujeitos do grupo clínico de controlo (nomeadamente, o grupo de distúrbios "externalizados", que inclui o distúrbio de conduta e o distúrbio de défice de atenção e hiperactividade), e que o grupo de crianças normais (isto é, naquelas em que não foi identificado qualquer distúrbio psiquiátrico). Em relação às crianças com fobia social, estas evidenciaram pontuações mais baixas na subescala referente à competência cognitiva, comparativamente às crianças com distúrbio de Hiperansiedade e às crianças não ansiosas (Beidel, 1991b). Este instrumento tem, também, formatos de avaliação paralelos para pais e professores que, segundo a autora, apresentam uma boa fidelidade e validade (Harter, 1982).

Outros questionários têm sido utilizados para avaliar as aptidões sociais ou auto-afirmativas das crianças e adolescentes. Apesar de não ser clara a relação entre aptidões sociais e fobia social, é recomendável avaliar aptidões sociais como uma forma de orientar o tratamento e os objectivos terapêuticos para as crianças e adolescentes. A *Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters* e o *Teenage Inventory of Social Skills* são duas medidas frequentemente utilizadas para esse efeito.

A Avaliação de Aptidões Sociais de Matson para Jovens (MESSY - Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters; Matson, Rotatori, & Helsel, 1983) é constituída por 62 itens que procuram avaliar a competência social dos jovens. As crianças ansiosas tem mostrado défices de aptidões sociais, quando comparadas com crianças

normais, nomeadamente, maior timidez e isolamento social (Strauss *et al.*, 1989). À semelhança de outros instrumentos específicos da infância ou adolescência, esta medida tem, também, uma versão paralela para ser utilizada pelos professores.

O Inventário de Aptidões Sociais dos Jovens (TISS-Teenage Inventory of Social Skills; Inderbitzen & Foster, 1992) foi desenvolvido para identificar os adolescentes com aptidões sociais pobres e ajudar a seleccionar comportamentos-alvo para intervenção. O TISS consiste em 40 itens, 20 dos quais avaliam comportamentos sociais positivos, e os outros 20 avaliam comportamentos sociais negativos. A fidedignidade teste-reteste, com duas semanas de intervalo, para as escalas de comportamentos positivos e negativos foi, respectivamente, de .90 e .72, e a consistência interna foi de .85 para ambas as escalas. Foram, ainda apontadas, uma adequada validade concorrente e discriminante. Apesar do TISS ser um bom instrumento para a avaliação de competências sociais, é ainda notória a ausência de investigação sobre a utilização desta escala na fobia social em adolescentes. Mais estudos, realizados com populações clínicas, são necessários para avaliar a sua utilidade clínica.

Avaliação Cognitiva

Se, por um lado, podemos constatar progressos significativos e valiosos na avaliação do desenvolvimento cognitivo ao longo destes últimos anos, também é verdade que, relativamente à infância, nomeadamente ao funcionamento cognitivo das crianças ansiosas, pouco se conhece devido à escassez de investigações nesta área específica de avaliação (Francis, 1988; Kendall & Ronan, 1990a; Ollendick & Francis, 1988). Esta situação é explicada, em parte, pela própria complexidade da tarefa de avaliação, dada a natureza dinâmica do desenvolvimento cognitivo e a natureza fugaz dos pensamentos ou processos cognitivos a serem medidos. Concretizando, tratam-se de pensamentos fugazes e que estão, muitas vezes, associados a estados que as crianças procuram evitar ou escapar (Clark, 1986; Last, 1988). Neste sentido, existem poucos instrumentos vocacionados para avaliar as cognições das crianças ansiosas.

O *Children's Cognitive Assessment Questionnaire* (CCAQ) e o *Children's Anxious Self-Statement Questionnaire* (CASSQ) são os exemplos mais citados na literatura científica.

O Questionário de Avaliação Cognitiva para Crianças (CCAQ)

- *Children's Cognitive Assessment Questionnaire;* Zatz & Chassin, 1983) foi desenvolvido com o objectivo de avaliar as auto-verbalizações das crianças com ansiedade a testes. É formado por pensamentos relativos a avaliações positivas (por exemplo, "Sou suficientemente inteligente para fazer isto"), a avaliações negativas ("Estou a fazer isto mal feito"), bem como pensamentos relacionados com a tarefa (por exemplo, "Quanto mais difícil é, mais tenho que tentar") e pensamentos irrelevantes para a tarefa (por exemplo, "Quem me dera estar em casa"). Os autores referem que, como seria de esperar, as crianças com ansiedade elevada às situações de testes apontam significativamente mais pensamentos

de avaliação negativa e não relacionados com a tarefa, que as crianças com ansiedade baixa a testes.

Duma forma semelhante, o **Questionário de Auto-Verbalizações para Crianças Ansiosas**, de Kendall e Ronan (1990b, *in* Kendall & Ronan, 1990a), (**CASSQ**; *Children's Anxious Self-Statement Questionnaire*), pretende avaliar tanto as cognições positivas como as negativas. Com este objectivo é pedido à criança que assinale, para cada pensamento listado, a sua frequência durante a semana anterior, utilizando para tal uma escala que varia entre 1 (nunca) e 5 (sempre). Assim, esta medida global do conteúdo dos pensamentos consiste em duas subescalas: uma referente à auto-avaliação negativa e outra relativa às expectativas e autoconceito positivo. Kendall e cols. (1992) referem que as pontuações obtidas com esta medida permitem distinguir crianças clinicamente ansiosas de crianças não ansiosas. Como seria suposto, as crianças ansiosas pontuam, geralmente, mais alto na escala de auto-avaliação negativa que na escala de auto-avaliação positiva. Embora os dados preliminares relativos à fidedignidade do CASSQ, utilizado em amostras de crianças normais e crianças com distúrbios de ansiedade, apontem para valores aceitáveis (Kendall *et Al.*, 1991; Ronan, Rowe, & Kendall, 1988, *in* Albano, *et al.*, 1995), é necessária uma maior validação empírica desta escala aplicada a crianças e adolescentes com fobia social.

[393] Fobia Social na Infância e Adolescência

Uma outra estratégia utilizada para avaliar as cognições e os pensamentos das crianças ou adolescentes é o **procedimento de pensar em voz alta**. Este consiste em pedir às crianças que verbalizem os pensamentos originados por uma situação geradora de ansiedade, os quais são gravados durante um curto período de tempo, e posteriormente classificados. O estudo de Fox, Houston e Pittner (1983) usou este procedimento para comparar as cognições de crianças com ansiedade-traço alta e baixa antes da exposição a uma situação *stressante* (por exemplo, um teste). Os autores encontraram uma adequada fidedignidade entre avaliadores relativamente às diversas escalas utilizadas para classificar as transcrições de pensamentos em voz alta.

Com base nos resultados obtidos na investigação da avaliação cognitiva em crianças, Kendall e Chansky (1991) sugerem que os métodos de endosso podem ser superiores às abordagens de listagens de pensamentos, dada a natureza fugaz das cognições referidas.

Até à data, existem poucos dados que permitam uma maior compreensão acerca das respostas cognitivas adaptativas das crianças a situações *ansiágenas*. Para o conhecimento e compreensão da ansiedade, toma-se urgente o desenvolvimento de novos estudos que avaliem o impacto das várias categorias de cognições sobre os sistemas de resposta (Kendall & Chansky, 1991; Kendall, *et al.*, 1992; Albano *et al.*, 1995).

Auto-monitorização

No que respeita à utilização da auto-monitorização na avaliação dos distúrbios ansiosos nas crianças e adolescentes, não existe, do nosso conhecimento, muita informação válida sobre este tema. Contudo, a investigação recentemente desenvolvida por Beidel, Neal e Lederer (1991) permitiu analisar a fidelidade e validade dos dados recolhidos através

de registos de auto-monitorização, numa amostra de crianças. Estes autores utilizaram registos diários para monitorizar sintomas de ansiedade em 32 crianças com ansiedade a exames e 25 crianças não ansiosas (controlo normal). Era pedido às crianças que registassem a hora do dia, o local, o acontecimento específico causador de ansiedade e as respostas a esses acontecimentos ou situações.

[394] Capítulo 12

Cerca de 60% das crianças com ansiedade a exames receberam outros diagnósticos de distúrbios de ansiedade, segundo os critérios do DSM-III-R, entre os quais se incluía a fobia social (34%). Estas crianças, com ansiedade a exames, mostraram uma grande preocupação com a avaliação social manifestada em diversos locais ou contextos. No DSM-IV (APA, 1994), a ansiedade a exames aparece listada como um exemplo de fobia social.

Os resultados obtidos neste estudo permitiram concluir que as crianças, duma forma geral, cumprem a tarefa de monitorização e que são capazes de fornecer dados confiáveis (Beidel, Neal, & Lederer, 1991). As crianças ansiosas referem comportamentos significativamente mais desconfortáveis e negativos, bem como um maior evitamento, que as crianças não ansiosas. No caso das crianças com fobia social, as respostas de ansiedade apontadas referem-se a situações de avaliação social, como ler em voz alta, ser chamado pelo professor e escrever no quadro na sala de aula (Albano *et al.*, 1995; Francis & Radka, 1995; Leary & Kowalski, 1995).

Observação Comportamental

Uma das formas de avaliar a ansiedade durante as interacções sociais é através da observação, a qual permite desenvolver uma avaliação individualizada da criança. Consequentemente, o uso da observação ajuda o clínico a identificar comportamentos-alvo específicos e a classificar esses comportamentos antes, durante e depois do tratamento. A criança pode não conseguir pôr em palavras os seus receios, as circunstâncias em que eles são desencadeados e a maneira como se comporta, pelo que o terapeuta pode colocar a criança em determinadas situações sociais (análogas ou ao vivo) e observar, de perto, as reacções da criança quando se sente ansiosa. Existem formas mais ou menos estruturadas de observar e captar os comportamentos típicos de ansiedade, tais como impossibilidade de estar quieto, roer as unhas, evitamento do contacto visual, tom de voz baixo, etc.. Entre as estratégias de observação mais estruturadas contam-se a *Preschool Observation Scale of Anxiety* - POSA e a *Behavioral Avoidance Task-BAT*.

[395] Fobia Social na Infância e Adolescência

A **Escala de Observação Pré-escolar de Ansiedade** (POSA; *Preschool Observation Scale of Anxiety*) construída por Glennon e Weisz (1978) é um instrumento padronizado que permite fornecer indicadores comportamentais de ansiedade nas crianças. Utilizando uma metodologia de amostragem de tempo, os avaliadores assinalam a presença de 30 sinais comportamentais de ansiedade definidos operacionalmente, tais como choro, morder as unhas, sussurrar, queixas físicas, e expressões verbais de medo ou preocupação.

Esta escala possui uma boa fidedignidade e validade e mostrou-se relacionada positivamente com outras classificações de níveis gerais de ansiedade na infância (Silverman, 1991). Um dado interessante é o facto de terem sido encontradas pontuações mais altas para todas as crianças quando são avaliadas sem a presença da mãe. Apesar desta escala ter sido desenvolvida e validada para uma amostra pré-escolar, é provável que, também, seja clinicamente útil com crianças mais velhas (Ollendick & Francis, 1988).

A **Tarefa de Evitamento Comportamental** (BAT; *Behavioral Avoidance Task*) é outra medida de observação Comportamental largamente utilizada, uma vez que fornece informação clínica útil acerca das respostas de *coping* e evitamento dadas pelos sujeitos. Esta tarefa consiste em submeter as crianças a situações que lhes provocam ansiedade, e avaliar os comportamentos de aproximação ou evitamento que são tomados (Kendall *et al.*, 1991; Ollendick & Francis, 1988). Infelizmente, estes procedimentos sofrem duma falta de padronização não permitindo comparações entre os estudos. Por outro lado, as propriedades psicométricas desta forma de avaliação têm, ainda, que ser melhor exploradas.

De qualquer maneira, nem as observações directas estruturadas, nem as não estruturadas são suficientes para avaliar a ansiedade, uma vez que não existe um comportamento único que seja patognomónico da ansiedade na infância.

Avaliação Psicofisiológica

Se os estudos sobre a avaliação fisiológica da ansiedade nos adultos não são muito frequentes, salientando-se a necessidade de

[396] Capítulo 12

mais investigações, relativamente à infância esta situação é ainda mais notória. As críticas a este tipo de avaliação mencionam quer o custo elevado em tempo e dinheiro, quer a sua reduzida utilidade. Além disso, as medidas fisiológicas mais usadas (por exemplo, cardiovasculares), carecem de dados normativos adequados; podem também, ser influenciadas por efeitos resultantes da expectativa, por emoções que não a ansiedade, e pela actividade motora e perceptiva ocasional. As crianças parecem, ainda, ter padrões idiossincráticos de resposta durante a avaliação fisiológica (Kendall *et al.*, 1991).

Recentemente, Beidel e colaboradores publicaram algumas investigações sobre a utilidade e fidedignidade da avaliação psicofisiológica nas crianças ansiosas (Beidel, 1988, 1991a, 1991b; Turner, Beidel & Epstein, 1991). Os resultados evidenciaram que os grupos de crianças com ansiedade social, incluindo aqueles com ansiedade a exames ou outras formas de fobia social, (por exemplo, tarefas socialmente relevantes, como ler em voz alta) assinalam um aumento da resposta cardíaca (Beidel, 1988, 1991b). Em contraste com as crianças não ansiosas, os sujeitos da amostra clínica exibem uma frequência do batimento cardíaco continuamente elevada, durante a tarefa, sem qualquer evidência de habituação da resposta à situação (Beidel, 1988, 1991b; Turner, Beidel & Epstein, 1991).

Dados resultantes da psicologia do desenvolvimento sugerem que, para algumas crianças, as respostas fisiológicas a situações geradoras de ansiedade (por exemplo, o batimento cardíaco) podem ser um sinal da presença dum temperamento ansioso (Beidel, 1989).

Medidas de Avaliação Familiar e Escalas para os Professores

A avaliação da família é uma área que, embora pouco explorada no domínio da avaliação da ansiedade na infância e adolescência, tem vindo a revelar-se como uma estratégia potencialmente enriquecedora, já que a maioria dos modelos teóricos reconhece explicitamente a influência da família e de outros contextos sociais no desenvolvimento da ansiedade infantil. O recente estudo de Caster, Inderbitzen e Hope (1999),

[397] Fobia Social na Infância e Adolescência

conduzido numa amostra de jovens com fobia social, revelou a importância clínica da avaliação das percepções dos pais e dos jovens relativamente ao meio familiar e estilo de práticas parentais, bem como a observação directa do funcionamento familiar (Caster, Inderbitzen & Hope, 1999).

Assim, a utilização de uma medida global do meio familiar que examine a natureza do ambiente geral da família, bem como os aspectos problemáticos das relações pais-filhos, pode fornecer resultados interessantes para a compreensão da etiologia e manutenção da ansiedade nas crianças e adolescentes. Instrumentos como o *Issues Checklist* (IC; Prinz, Foster, Kent, & O Leary, 1979), o **Questionário de Comportamentos Conflituais** (*Conflict Behavior Questionnaire - CBQ*; Prinz, et al., 1979) e a **Escala do Meio Familiar** (*Family Environment Scale*; Moos, 1986) são algumas das formas disponíveis para avaliar as características descritivas das famílias das crianças ansiosas, assim como para sugerir áreas que possam beneficiar duma intervenção ou duma avaliação empírica mais detalhada.

Mais recentemente, na área dos distúrbios ansiosos tem-se vindo a desenvolver um interesse particular pela avaliação familiar, nomeadamente pelo estilo de processamento de informação da família quando é confrontada com situações ambíguas, bem como os meios que utiliza para lidar com essas situações. A **Family Anxiety Coding Schedule** (Dadds, Heard & Rapee, 1994), é um dos métodos que permite examinar estas interações específicas, revelando informação valiosa a respeito das interações complexas da criança e características da família na manutenção da ansiedade na infância.

Outro contributo importante, tanto para fins de investigação como para efeitos de diagnóstico e tratamento, em psicopatologia da infância e adolescência, é a informação obtida junto dos professores. Esta informação é recolhida, na maior parte das vezes, através de questionários estandardizados que permitem facilmente confrontar resultados obtidos em diferentes contextos. O **Revised Behavior Problem Checklist** (RBPC; Quay & Peterson, 1983 in Francis & Radka, 1995) e o **Child Behavior Checklist** (CBCL; Achenbach & Edelbrock, 1978), nas versões para professores, são aqueles que mais se têm destacado nesta área. Em Portugal, Fonseca e cols., (1995) aplicaram o

[398] Capítulo 12

Inventário de Comportamentos da Criança para Professores (ICCP), também conhecido sob a designação de **Teacher Report Form** (TRF) a uma amostra de crianças portuguesas e os resultados permitiram concluir que o ICCP é um instrumento útil para o estudo da

psicopatologia da criança e do adolescente (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1995).

A participação da criança no processo de avaliação coloca questões quer de natureza geral (por exemplo, reconhecer que tem problemas ou dificuldades), quer de natureza específica (por exemplo, evocação da duração, ordenação e covariação temporal dos sintomas). À medida que a criança cresce a fidedignidade da sua informação tende a aumentar, enquanto a dos pais tende a diminuir (Kendall *et al.*, 1991; DiBartolo, Albano, Barlow, & Heimberg, 1998). O facto de incluir pessoas significativas, como os pais ou professores no processo de avaliação vai aumentar a validade ecológica deste uma vez que permite identificar diferentes perspectivas e quantificar comportamentos observáveis noutros contextos. Contudo, algumas limitações estão, também, associadas à participação destes interlocutores. É o caso da ambiguidade e da variabilidade no processo de interpretação de sintomas e comportamentos ansiosos; a incapacidade de identificar aspectos internos e não directamente observáveis da ansiedade ou a dificuldade em proceder à análise funcional dos comportamentos problemáticos. Não obstante estas limitações, a utilização de múltiplos informadores na avaliação das crianças ansiosas é uma prática largamente recomendada. No caso do diagnóstico principal ser a fobia social, este aspecto pode ser particularmente útil, já que as preocupações sociais e o medo de avaliação negativa, características definidoras deste distúrbio, poderão pôr em causa a validade das auto-repostas da criança (DiBartolo, *et al.*, 1998).

Intervenção Terapêutica

Só recentemente se começou a prestar atenção ao tratamento dos distúrbios ansiosos nas crianças, em geral, e da fobia social na infância, em particular. Ainda assim, ao fazê-lo, a maioria dos clínicos

[399] Fobia Social na Infância e Adolescência

tem-se baseado na literatura relativa ao tratamento destes distúrbios nos adultos para desenvolver métodos de tratamento eficazes com as crianças. Barrios e O'Dell (1989), Beidel e Morris (1993, *in* Albano *et al.*, 1995) e King (1993), em revisões da literatura acerca da utilização de tratamentos comportamentais em medos e ansiedade nas crianças, não encontraram qualquer estudo de um tratamento sistemático, controlado e metodologicamente fidedigno aplicado à fobia social em crianças e adolescentes.

Até à data, e do nosso conhecimento, não foi ainda publicado qualquer estudo de tratamento nesta área. No entanto, muito tem sido escrito sobre o tratamento de medos sociais e do isolamento social, pelo que iremos rever os procedimentos comportamentais e cognitivos usualmente utilizados nestes casos. Os estudos têm mostrado que as intervenções mais bem sucedidas com crianças com ansiedade social ou comportamentos de isolamento social são programas com múltiplos componentes. Alguns dos componentes mais comuns destes programas são o modelamento, a exposição, o manejo de contingências, o treino de aptidões sociais e a modificação do diálogo interno (reestruturação cognitiva). A seguir descreveremos, resumidamente, cada um destes aspectos, apresentando também evidência da sua eficácia.

Procedimentos baseados no paradigma do condicionamento clássico

Dessensibilização sistemática

O tratamento comportamental da ansiedade e comportamentos de evitamento nas crianças data dos trabalhos clássicos de Mary Cover Jones com o pequeno Pedro. Wolpe (1958, *in* Beidel e Morris, 1995), baseado nestes trabalhos, desenvolveu o que designou de dessensibilização sistemática, e que foi o procedimento mais utilizado no tratamento das fobias nos adultos e na redução de fobias e medos nas crianças (King *et al.*, 1988; Morris *et al.*, 1988, *in* Morris & Kratochwill, 1991).

[400] Capítulo 12

A dessensibilização sistemática assenta no pressuposto de que é possível reduzir o comportamento de medo e evitamento se emparelharmos sistemática e gradualmente estímulos que desencadeiam ansiedade, com estímulos que desencadeiam respostas antagónicas da ansiedade.

A dessensibilização sistemática clássica com as crianças consiste nos mesmos 3 passos básicos utilizados com adultos: (1) treino de relaxamento muscular (habitualmente uma versão modificada da técnica desenvolvida por Jacobson, e cujo fraseamento deve estar adaptado ao nível de desenvolvimento da criança) (Morris & Kratochwill, 1991); (2) construção de uma lista de cenas ansiógenas, ordenadas consoante o grau de ansiedade que provocam; (3) apresentação gradual, em imaginação, dos itens da hierarquia de estímulos enquanto a criança está [relaxada](#)¹. voltar

Embora este procedimento pareça obter resultados tanto nas crianças como nos adolescentes com distúrbios de ansiedade (por ex., Barrios & O'Dell, 1989), é fácil compreender que é nas primeiras que este procedimento poderá levantar mais dificuldades. De facto, as crianças tanto podem manifestar dificuldade em imaginar os estímulos temidos (especialmente crianças com idade inferior a 9 anos) (Morris & Kratochwill, 1983), como em conseguir efectuar o relaxamento muscular. Para ultrapassar estas dificuldades, diversas variações do procedimento original podem ser levadas a cabo. As dificuldades em fazer relaxamento podem ser ultrapassadas ou insistindo no relaxamento por contração e descontração de grupos musculares mas utilizando histórias para o conseguir (Koeppen, 1974, *in* Kendal *et al.*, 1992), ou através da brincadeira, do jogo, da comida, do contacto com o terapeuta ou com a mãe ou até da raiva para conseguir uma resposta contrária à ansiedade enquanto a criança é confrontada em imaginação com os estímulos temidos. A dificuldade em imaginar poderá ser ultrapassada recorrendo a desenhos, figuras, fotografias, *slides* ou brinquedos para recriar a situação temida.

[401] Fobia Social na Infância e Adolescência

Um procedimento que visa ultrapassar ambas as limitações apontadas atrás é a imaginação emotiva (*emotive imagery*) (Lazarus & Abramovitz, 1962, *in* Morris & Kratochwill, 1991). Esta técnica envolve o uso de imagens inibidoras de ansiedade que

desencadeiam sentimentos de excitação associados à aventura, bem como sentimentos de orgulho ou alegria. Começa por se construir uma hierarquia de situações temidas e por se averiguar quais os heróis/personagens preferidos da criança - com quais ela se identifica e de que forma. Depois, pede-se à criança que feche os olhos e imagine que é o seu super-herói ou personagem favorito (ex. o Homem-Aranha, Barbie, Tartaruga Ninja, Hércules) ou que está com ele. Começa por contar-se uma história em que o super-herói está a desempenhar as suas "tarefas habituais de super-herói". Depois, quando o terapeuta verifica que as emoções antagónicas já foram activadas, introduz, o primeiro item da hierarquia. Gradualmente, vão sendo introduzidas as cenas ansiógenas da hierarquia, procedendo-se de forma semelhante à dessensibilização sistemática clássica, até que o item mais ansiógeno seja ultrapassado.

Alguns estudos demonstraram a eficácia da imaginação emotiva em problemas de ansiedade (por ex., Chudy *et al.*, 1983; Stedman & Murphy, 1984), havendo também alguns que verificaram a sua maior eficácia quando combinada com a exposição ao vivo (por ex., Hatzenbuehler & Schroeder, 1978; Ultee, Griffioen & Schellekens, 1982). No entanto, um grande número de estudos efectuados nos anos 70 verificaram que os resultados da dessensibilização sistemática com fóbicos sociais não eram muito animadores (por ex., Hall & Goldberg, 1977, Marzillier, Lambert & Kellett, 1976, Trower, Yardley, Bryant & Shaw, 1978, Gelder, Bancroft, Gath, Johnson, Mathews & Shaw, 1973). Assim, a ênfase voltou-se para a exposição ao vivo, terapia cognitiva e, mais frequentemente, uma combinação das duas.

Exposição ao vivo

A forma de exposição mais utilizada no tratamento dos medos nas crianças é a exposição gradual, que consiste em expor progressivamente

[402] Capítulo 12

a criança aos estímulos temidos (identificados e hierarquizados) ao vivo sem recorrer ao relaxamento muscular [progressivo](#)². Nestes casos, o terapeuta acompanha a criança nas situações temidas encorajando-a a expôr-se. Alguns autores defendem que este procedimento não deixa de ser dessensibilização sistemática, embora ao vivo, sendo que a presença securizante da mãe ou terapeuta funcionaria como agente de contracondicionamento. Outros apontam que, como nestes casos o terapeuta efectua o comportamento antes da criança, o modelamento poderá ter um papel importante.

Pela nossa parte, pensamos que, embora todos estes aspectos possam estar presentes e ser importantes, a sua importância será fundamentalmente a de incentivar ou criar condições que facilitem a exposição, sendo esta a principal responsável pela eficácia do procedimento. A exposição permite à criança verificar que o que receia ou não acontece ou, se acontece, não tem consequências tão graves quanto imagina, ao mesmo tempo que lhe dá oportunidade de permanecer num ambiente social onde pode treinar aptidões essenciais a um adequado desenvolvimento social. Desta forma, embora a exposição seja uma estratégia derivada de um paradigma comportamental, ela é utilizada, não como forma de conseguir uma habituação às situações ou estímulos temidos, mas para conseguir uma mudança mais

eficaz a nível cognitivo. Por este motivo, e como forma de atingir este objectivo, devemos, tal como nos adultos, ter atenção a comportamentos de [segurança](#)³ voltar que a criança utilize na situação e que impeçam a desconfirmação daquilo que receia. Por ex., a criança vai ao bar com a mãe para comprar um bolo, tendo sido estabelecido que é a criança quem deverá fazer o pedido do bolo directamente ao empregado, para desconfirmar que não é capaz de se desenvencilhar sozinha ou que o empregado não a vai perceber. Quando chega a sua vez de ser atendida, a criança, virando-se para a mãe, diz, apontando para o bolo. "eu queria este mas não sei o nome..."; tendo ouvido tal afirmação, o

[403] Fobia Social na Infância e Adolescência

empregado retira o bolo pretendido e dá-lho, sem que o bolo lhe tenha sido pedido directamente, impedindo a criança de se percepçionar como competente naquela situação. Assim, apesar de a criança se ter exposto, o objectivo da exposição não foi plenamente atingido pela utilização de um comportamento de segurança.

Procedimentos baseados no paradigma do condicionamento operante

A utilização de procedimentos operantes em crianças com comportamentos de evitamento em situações sociais requer que seja efectuada uma avaliação precisa dos antecedentes e consequentes que estão a manter o medo e o comportamento de evitamento. A abordagem operante baseia-se na suposição de que a criança possui as aptidões sociais necessárias ao contacto social, mas não as utiliza por não terem sido (ou ainda não serem) suficientemente reforçadas por comportamentos sociais ou terem sido (ou ainda serem) erradamente reforçadas por comportamentos contrários a esses (ex. atenção da mãe por não ir a uma festa com os [amigos](#))⁴. voltar Assim, o tratamento inclui uma manipulação das contingências na escola, casa, ou outros contextos sociais com o objectivo de facilitar a interacção social.

Reforço positivo

A primeira técnica operante utilizada é o fornecimento de reforços positivos contingentes à realização de comportamentos sociais apropriados, ou seja, o reforço é definido em termos do seu efeito no comportamento de aproximação da criança às situações sociais ou de desempenho receadas. Este procedimento tanto pode ser levado a cabo pelos pais como pelos professores, dependendo do contexto em que a criança se encontre.

[404] Capítulo 12

O reforço mais utilizado é o reforço social, nomeadamente a atenção, embora possam ser utilizados outros tipos de reforços como, por exemplo, *tokens*.

Quando a criança apenas apresenta aproximações do comportamento social desejado, pode utilizar-se um procedimento de moldagem (*shaping*). A utilização desta técnica pressupõe que não é necessário esperar até que o comportamento exacto seja emitido para que seja reforçado - reforçam-se aproximações sucessivas do comportamento

final (ex. reforçar quando a criança fala com as visitas, ainda que o faça em voz muito baixa).

Embora vários estudos demonstrem que o fornecimento de reforço (nomeadamente reforço social) por parte de adultos aumenta a frequência das interacções sociais em crianças em idade pré-escolar com comportamentos de isolamento social (para uma revisão, ver Morris & Kratochwill, 1983), é importante notar que o fornecimento de reforço externo, só por si, produz apenas ganhos temporários (O'Connor, 1972; Ladd & Mize, 1983), ou seja, quando retirada a atenção contingente os ganhos terapêuticos não são mantidos. Para além disso, não existe evidência de que este procedimento tenha os mesmos resultados em crianças mais velhas. Este facto indica que o fornecimento de reforço positivo pode ser útil, principalmente com crianças mais pequenas, como uma forma de aumentar inicialmente a interacção social. No entanto, é necessário combinar este procedimento com outros (modelamento, treino de aptidões sociais, etc.), numa tentativa de construir um programa de tratamento dirigido a vários aspectos das dificuldades da criança, de forma a aumentar a sua eficácia.

Prompting

O *prompting* (que pode ser traduzido por *incitamento*) é outra técnica operante que consiste em incentivar verbal ou fisicamente a criança a efectuar o comportamento-alvo. Não se trata de um procedimento negativo nem, tão pouco, coercivo; o seu único propósito é iniciar uma resposta adequada. Na fobia social, dizer algo como

[405] Fobia Social na Infância e Adolescência

”vai brincar com o teu colega” ou ”vai comprar um gelado; vá, tu és capaz”, são exemplos de incitamentos (*prompts*) verbais. Quanto aos incitamentos físicos, estes podem ser, desde pequenos ”empurrões” gentis dirigindo a criança na direcção pretendida, até piscadelas de olho ou palmadinhas nas costas. Os dois tipos de incitamento são, habitualmente, combinados, por exemplo, piscar o olho enquanto se diz ”vai lá, tu és capaz”.

Extinção Operante

Outro procedimento operante que poderá tomar-se importante é a extinção. A extinção requer que se identifiquem os reforços que estão a manter um comportamento desadequado e, posteriormente, se retirem todos esses reforços, de forma que o comportamento deixe de ser reforçado e se extinga. Um reforço poderoso e frequentemente ignorado, é o facto de os pais ou professores, inadvertidamente, prestarem mais atenção às crianças com fobia social quando estas manifestam comportamentos de inibição ou ansiedade social, ou conversando com elas ou mantendo-as mais perto de si. Alguns pais (ou outros significativos) chegam mesmo a manifestar expressões verbais e, mais frequentemente, não-verbais de contentamento quando a criança se recusa a sair ou a ir brincar com crianças da sua idade, preferindo conservar-se junto deles ”muito bem comportada”, em vez de andar a correr e a fazer ”tropelias” junto das outras crianças. Não é raro, inclusivamente, ouvirem-se pais de outras crianças dizerem-lhes ”olha como a ... se

porta tão bem e não anda a correr nem a fazer barulho como tu”; ou os pais de uma criança com fobia social dizerem aos pais de outra, com uma certa expressão de contentamento e orgulho que contrasta com a expressão verbal ”este miúdo, por mais que lhe diga para ir brincar, nunca sai de ao pé de mim”. Nestas condições de discrepância, a mensagem verbal que parece indicar que o pai/mãe está a criticar o comportamento de inibição da criança não é, no entanto, suficientemente poderosa para se sobrepor à mensagem tácita não-verbal de que até está satisfeito por a criança exhibir tal comportamento. Estas expressões podem, sem ninguém se aperceber disso,

[406] Capítulo 12

estar a manter um comportamento de inibição social que poderá desencadear, a curto ou médio prazo, uma resposta de ansiedade quando a criança se encontrar perto de outras e se sentir insegura acerca de como deve comportar-se, por não ter disposto de experiências suficientes de aprendizagem desses comportamentos. Concomitantemente, esta ansiedade e insegurança poderão levar a criança a criar uma auto-imagem como inadequada em situações sociais, constituindo esta o núcleo para o desenvolvimento e manutenção de uma fobia social. Esta auto-imagem poderá ser, por sua vez, reforçada por comentários do tipo ”porque é que tu não és como as outras crianças?”, emitidos quando, finalmente, se percebe a criança com fobia social como manifestando um comportamento social diferente do que é esperado para a sua idade. Por todas estas razões, é importante identificar qualquer tipo de reforço de comportamentos sociais desadequados e proceder rapidamente à sua extinção, nunca sem esquecer que a extinção provoca, num primeiro momento, um aumento do comportamento-problema, e nunca sem se fazer acompanhar a extinção de métodos de reforço de comportamento sociais adequados.

Reforço diferencial de outro comportamento

Uma técnica que combina técnicas de reforço com técnicas de extinção é o reforço diferencial de outro comportamento (DRO - *differential reinforcement of other behavior*). Este procedimento implica submeter o comportamento-problema à extinção, enquanto se reforçam outros comportamentos adequados. Por exemplo, elogiar a criança por ter falado com as visitas, ignorando que foi por pouco tempo e que logo a seguir se retirou para o seu quarto.

Uma variante deste procedimento é o reforço diferencial de um comportamento incompatível com o comportamento-problema (DRI - *differential reinforcement of incompatible responding*). Por exemplo, elogiar quando a criança interage um pouco com colegas e ignorar se não o fizer. Ignorar não significa ignorar completamente a criança; significa apenas não prestar atenção nem fazer qualquer comentário especial ao facto de se ter recusado a brincar, ao mesmo tempo que

[407] Fobia Social na Infância e Adolescência

não se lhe presta uma atenção especial por ter escolhido ficar junto dos pais/professores.

O objectivo da extinção, nestes casos, é fazer a criança sentir e notar que não tem qualquer vantagem em se recusar a envolver em comportamentos sociais apropriados à idade e que, se escolher fazê-lo, aquilo que obtém é pouco ou nada interessante. Pelo contrário, o objectivo do reforço positivo é propiciar um ambiente em que a criança sinta que o comportamento social é valorizado e vantajoso; simultaneamente, permite-lhe ir modificando gradualmente a visão de si como socialmente inadequada, já que vai ouvindo comentários positivos ao seu desempenho social. Esta modificação cognitiva é essencial, uma vez que aumenta a expectativa de auto-eficácia em situações sociais e, conseqüentemente, a probabilidade de a criança tomar a iniciativa de se envolver em e de continuar interações com os pares. Estas interações permitem, por sua vez, continuar a desenvolver as suas aptidões sociais, a modificar a percepção de ameaça social e a diminuir a ansiedade, reforçando a mudança cognitiva.

Procedimentos baseados no paradigma da aprendizagem social

A teoria da aprendizagem social de Bandura defende que a aprendizagem e a modificação de comportamentos ocorre através da observação de comportamentos de outros e das conseqüências que daí resultam (Bandura, 1969, *in* Beidel & Morris, 1995; Bandura, 1977). É esta teoria que está na base dos procedimentos de modelamento que se utilizam na prática clínica.

As técnicas de modelamento têm-se mostrado eficazes no tratamento de comportamentos de medo e de evitamento de situações sociais (Barrios & O'Dell, 1989). O modelamento tanto pode ser utilizado para promover a aprendizagem de novas aptidões, como para reduzir o medo em determinadas situações, quando a criança verifica que o modelo não tem conseqüências negativas e que, pelo contrário, poderá até ter conseqüências positivas ao envolver-se na situação temida.

[408] Capítulo 12

Modelamento passivo

O modelamento pode ser levado a cabo de diversas formas. A criança pode observar o modelo num filme (modelamento simbólico) ou ao vivo (modelamento ao vivo - mais eficaz do que o anterior), enquanto este lida adequadamente com os estímulos temidos e evitados pela criança. A seguir a esta demonstração, a criança é incitada a imitar o modelo, ou seja, a praticar o comportamento observado, enquanto o terapeuta vai fornecendo *feedback* e reforço positivo quando o comportamento da criança se aproxima do modelo. Depois da prática na sessão segue-se a prática das aptidões no ambiente natural.

Para aumentar a probabilidade de o comportamento modelado ser aprendido e reproduzido, é importante que a criança tenha facilidade em identificar-se com o modelo. Para isso, este deverá ser, preferencialmente, do mesmo sexo, raça e idade da criança com fobia social e não deverá apresentar um comportamento perfeito; deverá ser, antes, um modelo de *coping* que enfrente as situações temidas, manifestando algum medo e hesitação no início, mas ultrapassando gradualmente o medo e comportando-se de uma forma cada vez mais confiante (Gottman, Gonso & Shuler, 1976; Jakibchuk & Smeriglio, 1976, *in*

Hughes, 1988; Melamed & Siegel, 1975; Meichenbaum, 1971). Para além disso, este modelo poderá ser utilizado para modelar auto-verbalizações de *coping*, o que toma o processo de modelamento mais eficaz (por ex., Jakibchuk & Smeriglio, 1976, *in* Hughes, 1988).

Relativamente à criança que observa o modelo, destacamos o facto de esta não dever estar demasiado ansiosa durante o modelamento, o que interferiria com a atenção e retenção das pistas do comportamento modelado, o que requer que as situações modeladas avancem gradualmente em função do grau de ansiedade sentido pela criança.

Modelamento participativo

Os procedimentos anteriores podem ainda utilizar-se numa modalidade de modelamento em que a criança não se limita apenas a observar o modelo.

[409] Fobia Social na Infância e Adolescência

No modelamento participativo, o modelo realiza o comportamento receado pela criança, ao mesmo tempo que o terapeuta (que pode ou não ser o modelo) incentiva, apoia e orienta fisicamente a criança para que esta o siga e realize o mesmo comportamento. Ollendick (1979) sugeriu que este procedimento seria mais eficaz do que o modelamento simbólico. Provavelmente, vários factores contribuem para esta maior eficácia na redução dos medos da criança. Por um lado, a prática ajuda a criança a reter o comportamento modelado. Por outro, a criança vai ganhando confiança à medida que se envolve na situação temida, isto é a sua percepção de auto-eficácia vai aumentando. Finalmente, vai tomando consciência de que a experiência é segura e tem consequências positivas, o que aumenta as expectativas de resultados (Hughes, 1988).

Morris & Kratochwill (1983) confirmaram a existência de evidência da eficácia do modelamento simbólico, ao vivo, passivo e participativo no tratamento de medos nas crianças, especialmente nos medos de animais, de ir ao dentista e de hospitalizações, o que pode não se aplicar à fobia social, para a qual, mais uma vez, não existem dados empíricos. Relativamente ao isolamento social, o mais frequentemente presente nos estudos tem sido o modelamento simbólico, o qual se tem apresentado como eficaz em crianças em idade pré-escolar (resultados que não podem ser generalizados a crianças mais velhas) (O'Connor, 1972; Keller & Carlson, 1974, *in* Hughes, 1988; Evers-Pasquale & Sherman, 1975; Evers & Schwartz, 1973).

Modelamento coberto

Existe ainda um tipo de modelamento simbólico frequentemente utilizado - o modelamento coberto. Neste procedimento, o modelo não está presente nem é visualizado externamente mas a criança imagina (por ex., através de histórias) o que determinada pessoa, personagem ou herói (o modelo) faz ou faria nas situações-problema (Rosenthal, 1980, *in* Morris & Kratochwill, 1983). Embora a eficácia deste procedimento esteja já verificada em adultos, o mesmo não acontece para a população infantil.

Treino de aptidões sociais

A ansiedade experienciada em situações sociais pode ser resultado de competências inadequadas para lidar com essas situações. Este é o pressuposto subjacente à utilização do treino de aptidões sociais na fobia social. Com efeito, alguns fóbicos sociais apresentam défice de aptidões como, iniciar conversas, ser afirmativo ou conversar em grupo. Assume-se, então, que esse défice de aptidões sociais provoca ansiedade e que esta pode, consequentemente, ser ultrapassada com treino de aptidões.

Tal como nos adultos, o treino de aptidões sociais (TAS) pode ser útil para crianças que apresentem marcados défices de aptidões necessárias a interações sociais adequadas. Embora este tipo de programas tenha sido utilizado com crianças socialmente isoladas, a sua eficácia com crianças especificamente diagnosticadas com fobia social não foi ainda investigada.

O TAS baseia-se nos procedimentos de modelamento apresentados atrás. As crianças são inicialmente instruídas acerca da importância, das consequências e de como executar uma série de aptidões sociais (ex. sorrir, estabelecer contacto visual, iniciar conversas). A criança observa, então, um modelo, enquanto este apresenta essas aptidões, após o que é incentivada a praticá-las, sendo acompanhada *de feedback e reforço*.

Embora se tenha verificado que o TAS aumenta a frequência de comportamentos anteriormente modelados (por ex., La Greca & Santogrossi, 1980; Whitehead, Hersen & Bellack, 1980; Ladd, 1981, *in* Hughes, 1988; Bierman & Furman, 1984, *in* Hughes, 1988), não foram verificadas mudanças relativamente a um aumento de aceitação pelos pares (por ex., Berler, Gross & Drabman, 1982; Whitehill, Hersen & Bellack, 1980). Para atingir este objectivo, e conjuntamente com TAS, devem levar-se a cabo estratégias mediadas por outras crianças presentes no ambiente natural da criança com problemas (Bierman & Furman, 1984, *in* Hughes, 1988) (falaremos da intervenção com pares mais adiante).

Reestruturação Cognitiva

O tratamento cognitivo da ansiedade social nas crianças foca-se na modificação das auto-verbalizações maladaptativas que contribuem para o comportamento de evitamento de situações sociais. Assim, procedimentos de reestruturação cognitiva são habitualmente utilizados (principalmente com crianças mais velhas) para debater crenças disfuncionais e promover verbalizações que as ajudem a lidar com as situações receadas, numa tentativa de facilitar comportamentos de aproximação social (Beidel & Morris, 1995).

Treino auto-instruicional de Meichenbaum

Uma estratégia largamente utilizada para modificar o diálogo interno é o treino auto-instruicional de Meichenbaum (1977), através do qual se ensina a criança a utilizar as suas crenças para modificar o seu comportamento.

Este procedimento envolve o modelamento de estratégias cognitivas (auto-verbalizações mais adaptativas), de acordo com a seguinte sequência: (1) um modelo adulto desempenha a tarefa enquanto fala consigo próprio em voz alta (modelamento cognitivo); (2) a criança desempenha a mesma tarefa enquanto é instruída pelo modelo (instrução externa aberta); (3) a criança desempenha a tarefa instruindo-se em voz alta (auto-instrução aberta); (4) a criança desempenha a tarefa instruindo-se em voz baixa (auto-instrução aberta esbatida) (depois de ter sido modelado pelo terapeuta); (5) a criança desempenha a tarefa instruindo-se de uma forma inaudível, através do discurso interno (auto-instrução coberta) (depois de ter sido modelado pelo terapeuta) (Meichenbaum, 1986).

Auto-verbalizações de competência e auto-instruções como "eu sou capaz", "vou tentar", "vou lá falar com elas; não há problema nenhum nisso", etc., podem ser treinadas para serem utilizadas em situações que provocam ansiedade, sendo o seu emprego reforçado através do elogio, atenção ou outra consequência positiva. Um ponto importante a ter em conta é que as auto-instruções não devem ser muito elaboradas de modo a não interferirem com o desempenho na situação.

[412] Capítulo 12

Embora o treino auto-instrucional tenha já sido aplicado com sucesso no tratamento de outros medos infantis (por ex., Kanfer *et al.*, 1975; Graziano *et al.*, 1979; Peterson & Shigetomi, 1981), ainda não é possível dispor de estudos que o apliquem ao tratamento da fobia social. De qualquer forma, existe evidência indirecta da sua eficácia no tratamento de crianças com ansiedade social. Jakibchuk & Smeriglio (1976, *in* Hughes, 1988) verificaram que uma estratégia de modelamento simbólico em que o modelo apresentava auto-verbalizações de *coping* era mais eficaz do que o mesmo filme narrado na terceira pessoa.

Terapia racional emotiva e terapia cognitiva de Beck

A terapia racional emotiva (Ellis, 1962) ou a terapia cognitivo-comportamental baseada no modelo de Beck (Beck *et al.*, 1979, 1985) podem também ser utilizadas como estratégias de auto-controlo que ensinam a criança/adolescente a reconhecer e a modificar as suas cognições maladaptativas/crenças disfuncionais que conduzem ao sofrimento emocional e a comportamentos desadequados. Este objectivo é atingido ensinando a criança a substituir pensamentos mal-adaptativos como "é muito difícil; não consigo ir", por outros alternativos e mais racionais como "até pode ser um bocadinho difícil mas consigo ir e aguentar; depois passa".

Uma dificuldade em aplicar este tipo de técnicas a crianças mais pequenas é o facto de elas não estarem conscientes do que pensam quando ficam ansiosas, não estabelecerem ligação entre isso e a ansiedade e terem dificuldade em descobrir novas formas de pensar na situação ansiógena. Uma forma de ultrapassar essa dificuldade é utilizar banda desenhada com personagens (semelhantes à criança) com balões de pensamento vazios. Pode começar-se por situações simples para a criança treinar a atribuição de pensamentos aos personagens, passando-se depois para situações evocadoras de ansiedade (por ex., um grupo de crianças brinca e outra está de lado) em que, com a ajuda do terapeuta, a criança vai tentando

preencher os balões referindo o que o personagem estará a pensar que o faz sentir mal. O terapeuta vai tendo o cuidado de lhe perguntar se os pensamentos que

[413] Fobia Social na Infância e Adolescência

ela está a atribuir ao personagem lhe costumam ocorrer a ela, ajudando-a a reconhecer que o que pensa influencia o que sente e faz. Depois, encoraja-se a criança a substituir esses pensamentos (nos balões) por outros mais adequados que lhe possam reduzir o desconforto e ajudar a comportar-se de uma forma mais adaptativa.

As investigações acerca da eficácia das estratégias cognitivas com este tipo de população são muito escassas, não permitindo retirar conclusões firmes, pelo que são necessários mais estudos nesta área. No entanto, vários estudos verificaram a eficácia de técnicas de reestruturação cognitiva no tratamento de ansiedade de avaliação em crianças (por ex., Cavallaro & Meyers, 1986, *in* Albano *et al.*, 1995; Fox & Houston, 1981; Stevens & Pihl, 1983), pelo que esta nos parece uma área de investigação promissora.

Abordagens terapêuticas mediadas pelos pares

Mais uma vez, embora não tenham sido empregues estratégias mediadas por pares com crianças com fobia social, a investigação tem mostrado que elas podem ser uma estratégia útil no tratamento de crianças isoladas socialmente, como meio de facilitar mudanças no comportamento social e na aceitação pelos pares. Existem duas estratégias deste tipo mais vulgarmente utilizadas. Na primeira, os pares são incentivados e/ou treinados a aumentar o número de interações positivas que têm com a criança com ansiedade social (por ex., Christopher *et al.*, 1991; Paine *et al.*, 1982). Na segunda, são aumentadas as oportunidades de a criança interagir com colegas "normais" ou "populares" (Morris, Messer & Gross, *in* Beidel & Morris, 1995).

Este tipo de estratégias poderá ser conceptualizado como envolvendo um conjunto de procedimentos já referidos. Por um lado, os pares, nomeadamente os "populares" podem constituir-se como modelos de comportamentos sociais apropriados (são da mesma idade, do mesmo sexo, são significativos e a criança reconhece que é esse tipo de comportamentos que os toma populares, ou seja, reconhece as consequências positivas dos comportamentos pró-sociais exibidos pelos modelos). Por outro lado, os pares serão fontes importantes de

[414] Capítulo 12

reforço social, aspecto que é aumentado pelo facto de a própria situação ser estruturada e facilitadora das interações sociais. Um terceiro aspecto diz respeito ao facto de tais situações serem, no fundo, situações de exposição (em que a criança permanece em contacto com os estímulos temidos). Finalmente, todos os anteriores, por permitirem experiências de sucesso e de eficácia, podem fomentar modificações na percepção que a criança tem de si, dos outros e das suas relações com eles, alterando cognições negativas e crenças erradas que podem estar a manter o problema.

Abordagens mediadas por professores

A inclusão de uma intervenção com os professores aumenta a probabilidade de generalização e manutenção dos ganhos terapêuticos, uma vez que tenta incluir mais um contexto natural em que a criança se movimenta. Esta intervenção é, maioritariamente, baseada no fornecimento de *prompts* e de reforço positivo contingente à realização de comportamentos sociais adequados e na eliminação de atenção especial dada à criança quando estes não [ocorrem](#)⁵. voltar Nos casos em que a criança permanece quase sempre "agarrada" ao professor (principalmente no caso das crianças em idade pré-escolar), é importante que este interaja mais com as outras crianças, uma vez que isto não só conduz a que não preste uma atenção especial à criança com ansiedade social, como a aproxima das outras, sendo semelhante a um procedimento de exposição ao vivo, fornecendo o professor encorajamento e orientação à criança para que esta se envolva nas actividades com os pares. Nestes casos, o professor está ainda a servir de modelo para aptidões tais como tomar a iniciativa de se juntar e brincar com os outros. É ainda possível trabalhar com o professor, no sentido de este utilizar uma abordagem de treino de aptidões, modelando e

[415] Fobia Social na Infância e Adolescência

discutindo com toda a classe os aspectos positivos da interacção social (Tarplay & Sandargas, 1981, *in* Hughes, 1988; Oden & Asher, 1977, *in* Hughes, 1988).

Abordagens mediadas pelos pais

É hoje em dia amplamente reconhecido que as interacções familiares podem desempenhar um papel importante no desenvolvimento e manutenção de ansiedade nas crianças (por ex., Barrett *et al.*, 1996; Beidel, 1998, *in* Kaminer & Stein, 1999). Estas podem aprender os medos e ansiedade dos pais e estes podem reforçar o comportamento ansioso dando conforto e atenção ou retirando os estímulos aversivos quando a criança se mostra ansiosa (King *et al.*, 1988). Também na fobia social os pais podem reforçar os sintomas da criança (por exemplo, desencorajando os contactos sociais e reforçando o evitamento), pelo que se torna necessário, senão imperioso, modificar tais comportamentos.

Desta forma, embora em todos os casos os pais sejam envolvidos no processo (pelo menos, no caso das crianças), fornecendo informação, sendo esclarecidos acerca do problema, discutindo o programa de intervenção e ajudando a criança nas tarefas terapêuticas a realizar fora da sessão (por ex., a fazer exposição), é prestada uma atenção acrescida à intervenção com pais que pareçam desempenhar um papel importante na manutenção das dificuldades. Esta intervenção pode implicar estratégias mais ou menos estruturadas, pretendendo-se com isso alterar padrões de interacção, crenças e expectativas disfuncionais dos pais.

Uma das intervenções amplamente utilizada nos distúrbios infantis em geral, que também tem vindo a ser aplicada aos distúrbios de ansiedade, consiste no treino de pais em técnicas de manejo contingente. Este treino consiste em discutir e ensinar aos pais estratégias operantes de reforço positivo e extinção, que devem ser aplicadas de acordo com

as recomendações feitas anteriormente, quando se discutiam as abordagens baseadas no paradigma de condicionamento operante. Para além deste treino, podem ainda ensinar-se os

[416] Capítulo 12

pais a funcionar como modelos para aquisição de competências tanto comportamentais como cognitivas (por ex., exporem-se ou manifestarem auto-verbalizações adaptativas).

Por outro lado, os pais podem apresentar expectativas, atribuições e crenças disfuncionais, nomeadamente expectativas irrealistas acerca do que deve ser o comportamento adequado em determinado nível de desenvolvimento (por ex., esperar que uma criança de 6 anos nunca se sinta envergonhada com estranhos), atribuições quase catastróficas (por ex., se a criança se mostra envergonhada é porque tem qualquer problema psicológico) e crenças acerca de como a criança se deve comportar ou de qual deve ser o seu próprio comportamento (por ex., considerar que a criança tem que ter um comportamento exemplar diante dos outros, ou que o seu dever como pais é assegurar este comportamento exemplar, ainda que isto implique manter a criança junto de si o tempo todo). Nestes casos, o terapeuta pode discutir estes aspectos com os pais, tentando modificá-los.

Pode ainda acontecer que um dos pais ou toda a família esteja a passar por momentos difíceis e que isso interfira com a criança (por ex., conflitos conjugais ou divórcio em que a mãe espera que a criança lhe faça companhia, reduzindo os seus contactos sociais). Também estes aspectos devem ser abordados, na tentativa de esses problemas não prejudicarem a terapia e o desenvolvimento adequado da criança.

Se a ansiedade dos pais parecer contribuir para a ansiedade da criança (por ex., um dos pais apresenta também um distúrbio de ansiedade, muitas vezes uma fobia social), esse aspecto deve ser discutido e devem ser apresentadas sugestões acerca de como mudar essa situação, podendo mesmo ser sugerido que os pais iniciem, eles próprios, um processo terapêutico (Beidel, 1998, *in* Kaminer & Stein, 1999) ⁶.voltar

Quando se trabalha com os pais, há que ter cuidado para que o facto de o terapeuta estar com os pais não colocar em perigo a relação com a criança /adolescente. Para se proteger disto, o terapeuta deve discutir com a criança a necessidade de estar com os pais, assegurar-lhe

[417] Fobia Social na Infância e Adolescência

que não vai fornecer informação acerca dela que ela não queira (pedindo mesmo que a criança especifique que coisas não gostaria que fossem repetidos aos pais), e disponibilizar-se para responder a questões da criança acerca do que foi discutido entre os pais e o terapeuta (excepção feita a assuntos que dizem exclusivamente respeito aos pais, por ex., fornecer pormenores de problemas entre o casal).

A aplicação do treino de pais a casos de fobia social não está muito documentada (Barrett *et al.*, 1996), embora vários estudos tenham demonstrado a sua eficácia nos distúrbios de ansiedade na infância quando combinado com intervenções cognitivo-comportamentais focadas na criança (Dadds *et al.*, 1991, *in* Sanders, 1996; Barrett *et al.*,

1993 in Sanders, 1996; Barrett *et al.*, 1996; Cobham *et al.*, 1998). A eficácia da utilização de estratégias menos estruturadas nestes casos tem, também, sido demonstrada (McDermott *et al.*, 1989, in Kaminer & Stein, 1999).

Na fobia social em adultos, os estudos têm comprovado a eficácia de tratamentos que incluem elementos comportamentais e elementos cognitivos (ver Pinto Gouveia & Salvador, cap. 10 deste livro). Da mesma forma, investigações que examinaram o tratamento da timidez e ansiedade de avaliação na adolescência mostraram que tanto aptidões comportamentais como aptidões para resolução de problemas sociais requeriam uma intervenção directa (por ex., Christoff *et al.*, 1985, in Albano *et al.*, 1995). Tanto na fobia social nas crianças como nos adolescentes, podem combinar-se entre si vários procedimentos decorrentes dos diferentes paradigmas, resultando daí uma eficácia aumentada (Francis & D'Elia, 1994; Strauss, 1988, in Francis & Radka, Kendall *et al.*, 1992; DiGiuseppe, 1993). Um exemplo disto é a "prática com reforço" (uma combinação de exposição gradual com reforço positivo) em que a criança é reforçada positivamente por permanecer na presença do estímulo temido por períodos progressivamente mais longos (Leitenberg & Callahan, 1973). Também Albano e cols. (1991, in Albano *et al.*, 1995), num programa de terapia de grupo para adolescentes fóbicos sociais, incluíram aspectos psico-educacionais, treino de aptidões sociais, auto-monitorização, exposição ao vivo, reestruturação cognitiva e, em algumas (poucas) sessões, a presença dos pais.

[418] Capítulo 12

Este trabalho inovador tenta, mais do que modificar métodos desenvolvidos para os adultos, construir uma intervenção específica que tenha em consideração o meio social, nível cognitivo-desenvolvimental e aptidões comportamentais exibidas pelos participantes. Esta intervenção inovadora poderá ser o ponto de partida para o desenvolvimento de futuros programas de intervenção especialmente concebidos e específicos para crianças e/ou adolescentes com fobia social.

Prevenção de Recaídas

A prevenção de recaídas é um aspecto particularmente importante na preparação da criança para o fim do tratamento. Pensa-se muitas vezes que a prevenção de recaídas é feita nas últimas sessões. Embora, efectivamente, as últimas sessões sejam basicamente aproveitadas para levar a cabo estratégias que visam evitar a recaída, a verdade é que desde o início do tratamento o terapeuta deve preocupar-se com esta questão, utilizando todas as estratégias adequadas que lhe permitam conseguir a manutenção e generalização dos ganhos, diminuindo, assim, a probabilidade duma recaída. Não querendo repetir algumas estratégias já mencionadas e que são eficazes e importantes para a manutenção e generalização dos ganhos (por ex., utilizar vários agentes em vários contextos), passamos a referir alguns procedimentos que nos parecem cruciais para a prevenção de recaídas.

Atribuição dos sucessos ao esforço pessoal

Desde o início do processo a criança deve ser reforçada pelos ganhos alcançados, tendo o terapeuta o cuidado de a ajudar a estabelecer a ligação entre o esforço que dispendeu e as vantagens que retirou daí. É importante que a criança reconheça que é graças ao seu esforço que os ganhos vão sendo obtidos e que a terapia vai avançando. Esta percepção de auto-eficácia ajudará a criança a esforçar-se por resolver os problemas que possam surgir após o fim da terapia.

[419] Fobia Social na Infância e Adolescência

Estratégias de auto-regulação

As estratégias de auto-regulação, através das quais as crianças regulam o seu próprio comportamento, aumentam a probabilidade de generalizar e manter os ganhos terapêuticos, sendo, por isso, um componente importante da intervenção e da prevenção de recaídas.

O treino de auto-regulação tem como objectivo ensinar, de uma forma sistemática, tácticas de auto-regulação do comportamento utilizadas informalmente por crianças mais velhas e adultos. Neste tipo de treino, as crianças podem ser ensinadas a monitorizar, avaliar e reforçar-se pelo seu comportamento. Os dois principais tipos de treino de auto-regulação são as estratégias operantes e o treino auto-instrucional de Meichenbaum (1977). O primeiro enfatiza as contingências de auto-reforço enquanto o segundo enfatiza o importante papel mediador do discurso interno. No entanto, ambos requerem a motivação da criança para modificar o seu comportamento e enfatizam a importância da auto-observação, auto-avaliação e auto-reforço.

Todos os tipos de estratégias de auto-regulação são ensinadas através de intervenções complexas incluindo instruções verbais, modelamento, ensaio de comportamentos, *prompting*, *feedback* e reforço.

As aptidões de auto-regulação não são fáceis de aprender. Principalmente, ensinar às crianças o porquê e quando utilizar autoinstruções e garantir que elas o façam pode ser mais difícil do que ensinar-lhes o como auto-instruir-se (Friedling & O'Leary, 1979). Não obstante esta dificuldade, alguns estudos têm utilizado este tipo de estratégias de auto-regulação no tratamento de medos infantis (para uma revisão, ver Morris & Kratochwill, 1991). Existe uma ampla evidência de que crianças desde os cinco anos são capazes de observar e fornecer informações acerca do seu comportamento, bem como de o reforçar (Gelfand, Jenson & Drew, 1982, *in* Gelfand & Hartman, 1984; Karoly, 1977). Ao contrário, pode ser extremamente difícil fazer com que uma criança tão nova consiga pôr em prática auto-instruções (Gelfad & Hartman, 1984).

[420] Capítulo 12

Construção de uma visão realista

O facto de as consultas terminarem significa que a criança/adolescente nunca mais se sentirá ansiosa em situações sociais ou nunca mais terá dificuldades em lidar com elas? É claro que não. Todos nós, ainda que não tenhamos sido fóbicos sociais, nos sentimos desconfortáveis numa ou noutra situação social e todos nós passamos por situações em que

nos avaliamos como não tendo lidado bem com elas. Porque haveria de passar a ser diferente com quem passa por um processo terapêutico? Assim, é objectivo da terapia transmitir a ideia de que o seu fim não significa o acabar de todos os problemas. Se assim é, então é natural que a criança/adolescente, mais tarde ou mais cedo, se confronte com uma situação com a qual seja difícil de lidar. O que se pretende transmitir é que existirão insucessos (totais ou parciais) ao longo do tempo, que devem ser vistos como oportunidades de treinar as competências aprendidas e de aprender algo que possa ser aproveitado para futuras situações. É importante, neste ponto, fazermos a distinção entre um "deslize (*lapse*) - uma situação com que não se lidou muito eficazmente - e uma recaída (*relapse*) (Brownell *et al.*, 1986). Esta distinção é explicada tanto à criança como aos pais, para evitar que se interprete um deslize como "já estraguei tudo", "já estou outra vez na mesma", "já voltou ao mesmo", interpretações estas que podem diminuir a percepção de auto-eficácia da criança e a confiança dos pais nas estratégias aprendidas e na eficácia da própria criança, podendo conduzir a uma verdadeira recaída. O terapeuta deve, ainda, tentar antecipar possíveis situações que possam desencadear dificuldades e eventualmente conduzir a "deslizes", abordando com a criança as possíveis estratégias a implementar nesses casos.

Deve ser desencorajada a atribuição dos insucessos a características globais e internas (por ex., "eu não consigo"), clarificando que os erros/insucessos fazem parte da vida de todos e de todos os dias e que não são desculpas para se desistirem; são sim oportunidades para começar de novo com uma força acrescida (Kendall *et al.*, 1992).

[421] Fobia Social na Infância e Adolescência

O Show

Um outro procedimento dentro da prevenção de recaídas e ao qual as crianças aderem com entusiasmo consiste em gravar (em audio ou video, "para ajudar outras crianças a ultrapassarem o problema") ou, simplesmente, fazer o *roleplay* de uma situação em que a criança é o protagonista. Nesta situação, podemos pedir à criança que elabore um guião duma história em que ensina o terapeuta a lidar com as situações sociais que ela própria receava, utilizando as estratégias que aprendeu (mais simplesmente, o terapeuta pode, sem guião, ir dando dicas para que a criança o treine em como lidar com essas situações). Pode ainda gravar-se um anúncio de publicidade ao plano utilizado para ultrapassar a fobia social, sendo a criança o entrevistado que faz publicidade à intervenção (Kendall *et al.*, 1992).

Sessões de follow-up

Agendar sessões de *follow-up* mostra à criança que o contacto com o terapeuta não termina abruptamente e que ele continuará a trabalhar com ela para a ajudar no que for necessário. As sessões de *follow-up* servem, além do anterior, não só para avaliar e acompanhar o progresso da criança, mas também para identificar situações difíceis passíveis de provocarem "deslizes" que poderão vir a acontecer num futuro próximo ou que aconteceram há relativamente pouco tempo (por ex., mudança de escola, novo grupo de

amigos). Sendo este o caso, a sessão deve ser estruturada de forma a lembrar as competências comportamentais e cognitivas aprendidas para que não comece, novamente, a evitar situações mais ansiógenas.

Para além de todos estes componentes, e como referem Kendall e cols. (1992, p. 172), "o princípio orientador da actividade da criança no pós-tratamento pode ser resumida a três palavras: praticar, praticar, praticar".

[422] Capítulo 12

Relação Terapêutica

Deixamos propositadamente para o fim aquilo que deve estar presente desde o início e que consideramos ser uma base fundamental para a eficácia de qualquer intervenção - uma boa relação terapêutica. Frequentemente esquecida nos textos que abordam as estratégias comportamentais e cognitivas a que é possível recorrer para o tratamento de medos e ansiedade infantis em geral e da fobia social em particular, a relação terapêutica não só é essencial para a aplicação dessas técnicas de mudança como, frequentemente, é, ela própria, o princípio activo de mudança, ao permitir que a criança estabeleça com o terapeuta uma relação diferente de todas quantas dispõe.

Longe de fazermos uma abordagem exaustiva da utilização da relação terapêutica, não queremos, no entanto, deixar de referir alguns cuidados que julgamos importantes no estabelecimento de uma boa relação com crianças e adolescentes que apresentem um quadro de fobia social.

Os cuidados iniciam-se logo na primeira consulta. Uma vez que, principalmente no caso das crianças, os pais poderão estar presentes, e considerando como mais provável que a criança com fobia social tenha dificuldade em falar com o terapeuta e em fornecer informação, é tentador focarmo-nos mais nos pais para recolher a informação de que necessitamos. Contudo, este procedimento exclui a criança do processo, podendo reforçar que, tal como provavelmente ela já acredita, ela não é *capaz* de falar nem de se expressar competentemente, necessitando dos pais para o conseguir. Por este motivo, é importante que o terapeuta tente desde logo estabelecer contacto com a criança, perguntando-lhe primeiro a ela aquilo que quer saber e que lhe diz directamente respeito. No caso de a criança demorar muito tempo a responder, exibindo um comportamento de inibição (por ex., postura "encolhida", olhos baixos, mãos a mexerem nervosamente, olhar posto nos pais para que sejam eles a responder), várias medidas poderão ser tomadas. Por um lado, o terapeuta poderá desdramatizar a situação, dizendo, por exemplo, que é normal que ela esteja um bocadinho envergonhada porque não nos conhece e que a outros meninos acontece o mesmo. Esta intervenção colocará o seu comportamento num plano considerado normal e tem como objectivo não aumentar a ansiedade e inibição da criança ao ver que não consegue responder, deixando-a mais à vontade para o fazer. Por outro lado, não deve

[423] Fobia Social na Infância e Adolescência

deixar-se que os pais respondam sistematicamente por ela, interrompendo-os delicada mas firmemente quando vão para o fazer e deixando claro que é o que a criança terá para dizer

que é importante e interessa ouvir. Deve, ainda, cortar comentários dos pais como "responde à Dra", "porque é que não falas? é sempre a mesma coisa", o que aumenta a ansiedade da criança que passará a sentir-se avaliada e criticada, diminuindo a probabilidade de, efectivamente, ela responder. Também aqui o terapeuta deve interromper ou neutralizar estes comentários, desdramatizando; por exemplo, dizer muito naturalmente que a criança não tem que responder logo às perguntas colocadas e que poderá levar o tempo que quizer para responder. Isto denota que o terapeuta não tem pressa e que pode esperar pela resposta da criança. No entanto, o silêncio que se poderá gerar enquanto se espera pela resposta pode, ele próprio, ter um efeito inibitório, por a criança se aperceber que está a demorar muito tempo e que estão todos à espera dela. Como tal, ao fim de um tempo considerado razoável, o terapeuta poderá, mais uma vez, dizer com um tom de voz muito natural "preferia que fosses tu a dizer-me mas se quiseses, por agora, talvez possamos perguntar aos pais; queres?". Este comentário deixa claro que, embora seja importante a resposta da criança, o terapeuta respeita o seu desejo de ainda não falar (por não querer e não por não ser *capaz*), *não a* pressionando. Este cuidado em manter a criança presente e activa deve também verificar-se quer aquando do planeamento da intervenção terapêutica, quer aquando do prosseguimento da mesma, não esquecendo que o processo terapêutico é um processo de colaboração entre o terapeuta, a criança e os pais e que, como tal, a informação e participação da criança é um ingrediente fundamental para o sucesso da intervenção.

Voltando às dificuldades na recolha de informação, um outro entrave ao fornecimento de informação pela criança e, posteriormente ao envolvimento desta no processo terapêutico, é, muitas vezes, o facto de a criança percepcionar o seu problema como uma falha. Aqui, a relação terapêutica é essencial para ajudar a criança a permitir que outra pessoa (o terapeuta) conheça as dificuldades que sente, tentando transmitir que muitas pessoas, mesmo adultas têm coisas que as incomodam e que isso não é vergonha nenhuma.

[424] Capítulo 12

É também necessário o terapeuta manter presente que a criança/adolescente com fobia social (como, aliás, o adulto) manifesta preocupação acerca de agradar ao terapeuta e receia a sua avaliação negativa, tal como lhe acontece com outras pessoas do seu ambiente natural. Este facto pode manifestar-se tanto pela preocupação em responder bem (o que muitas vezes faz com que não responda) como pela preocupação em fazer perfeito qualquer coisa que o terapeuta lhe peça (por ex., um desenho). Por este motivo, o terapeuta deve esforçar-se por manter uma postura não-avaliativa, não emitir juízos de valor, não fazer comentários ambíguos (que a criança possa interpretar como críticas veladas) e não utilizar expressões que denotem admiração quando a informação é emitida (o que reforçaria que, realmente, o que acontece com a criança é "anormal" e o terapeuta também o considera assim). Relativamente a este ponto, é ainda importante que, ao longo do processo, o terapeuta ajude a criança a arriscar-se a ser imperfeita ou a produzir um trabalho imperfeito, sem que isso acarrete qualquer criticismo, devendo o próprio terapeuta dar o exemplo, manifestando por vezes falhas naquilo que diz ou faz (por ex., enganar-se a dizer uma palavra, ou tropeçar na frente da criança e de outras pessoas) e desdramatizando a situação (por ex., rir-se de si próprio e prosseguir o que estava a dizer ou a fazer).

Dentro dos cuidados em não desencadear ou aumentar o receio de avaliação negativa da criança/adolescente, devemos, ainda, incluir o não infantilizar a consulta. De facto, por vezes, ou porque a criança é muito pequena, ou porque, pelas próprias dificuldade, parece mais nova do que aquilo que é, ou porque o terapeuta quer certificar-se de que a criança percebe o que lhe diz, poderá ser fácil o terapeuta falar com a criança/adolescente de uma forma infantil ou desadequada relativamente à idade que ela apresenta. Este comportamento deverá ser evitado para não transmitir à criança a ideia de que a achamos "bebé" e incompetente, o que só dificultaria a relação.

Como parece ter ficado claro, a relação com crianças e adolescentes com fobia social pode não ser fácil. Por este motivo, o terapeuta pode sentir necessidade de, desde cedo, cativar a criança. Com este objectivo, pode começar imediatamente por ser bastante expansivo e bastante reforçador (por ex., elogiando frequente e exuberantemente).

[425] Fobia Social na Infância e Adolescência

Pensamos que este é um comportamento contraproducente, tanto porque este tipo de comportamentos poderá colocar a criança ainda menos à vontade, como poderá ter como consequência imprimir uma ideia de falsidade à relação, uma vez que a criança se apercebe de que nem o tipo de relação que tem com o terapeuta permite, ainda, tal tipo de procedimento, nem aquilo que ela fez ou disse foi tão brilhante ao ponto de merecer tal destaque. Assim sendo, a criança poderá interrogar-se acerca do porquê de tal atitude por parte do terapeuta e a resposta provável é que ele está a tentar ser demasiado simpático e, portanto, falso. Esta interpretação não favorece em nada o estabelecimento de uma boa relação terapêutica, sendo preferível construir uma relação sólida que a criança percepcione como verdadeira, ainda que demore mais tempo.

Conclusões

Embora os distúrbios ansiosos na infância e adolescência sejam muito frequentes, e constituam o principal motivo de pedido de ajuda psicológica, existe, ainda, uma escassez de informação clínica sistematizada e válida neste domínio.

No caso da fobia social ou distúrbio de ansiedade social verifica-se uma larga sobreposição com outros diagnósticos de ansiedade (nomeadamente, com o distúrbio de evitamento, distúrbio de hiperansiedade, distúrbio de ansiedade generalizada) que as diferentes versões do DSM têm procurado resolver. O refinamento de critérios de classificação tem vindo a permitir uma clarificação do diagnóstico de fobia social enquanto entidade nosológica autónoma aplicada à infância e adolescência. Segundo os critérios do DSM-IV (APA, 1994) o distúrbio de ansiedade social na infância pode ser confinado a situações específicas (como por exemplo, falar em público ou fazer um teste) ou manifestar-se na maioria das situações sociais. Este último subtipo generalizado do distúrbio de ansiedade social corresponde melhor ao distúrbio evitante da infância, tal como era anteriormente definido pelo DSM-III-R, que o subtipo específico.

[426] Capítulo 12

Ficou claro, através da apresentação das características clínicas da fobia social nas crianças e adolescentes, que se trata de um distúrbio capaz de provocar sofrimento emocional e consequências desastrosas na vida destes jovens. As suas dificuldades típicas (ansiedade e desconforto excessivos em contextos sociais, medo de avaliação negativa por parte dos outros e, conseqüente evitamento das situações sociais geradoras de ansiedade) limitam o seu dia-a-dia, diminuindo significativamente o seu funcionamento social e académico, o que reforça, muitas vezes, a sua baixa auto-estima, isolamento social e sentimento de desajustamento ou incompetência social. Por sua vez, a incidência da fobia social neste período torna-os, também, vulneráveis ao desenvolvimento de outros problemas psiquiátricos em adulto.

Frequentemente associado à fobia social na infância e adolescência aparecem outras complicações como a recusa à escola, mutismo selectivo e depressão, o que chama a atenção para a importância dum diagnóstico diferencial.

Na área da avaliação, como seria de esperar, é recomendável a utilização de diversas estratégias e diversos informadores (pais, professores, amigos) em diversos contextos (escola, casa).

O diagnóstico do distúrbio de ansiedade social nas crianças e jovens pode ser um processo complexo devido a várias razões. Primeiro, os critérios de diagnóstico não aprofundam os aspectos desenvolvimentais da ansiedade social e dos medos sociais através de grupos de idade. Segundo, é, muitas vezes, difícil diferenciar os sintomas do distúrbio de ansiedade social de outros sintomas frequentes nos distúrbios da infância, nomeadamente aqueles em que a ansiedade e o evitamento são aspectos centrais. Por último, não podemos deixar de apontar, que só recentemente se começou a assistir ao desenvolvimento de técnicas de avaliação válidas para o diagnóstico do distúrbio de ansiedade social na infância e adolescência.

Alguns dos sintomas de distúrbio de ansiedade social traduzem-se em manifestações comportamentais observáveis; outros podem, apenas, ser avaliados através de auto-relatos da criança acerca da sua experiência interna. Relativamente às estratégias de avaliação comportamental, cognitiva e fisiológica utilizadas para avaliação da ansiedade na infância e adolescência, verifica-se que é, ainda, uma área que exige uma maior atenção empírica.

[427] Fobia Social na Infância e Adolescência

Para cada método de avaliação devem ser recolhidos dados normativos e ter em conta as diferenças desenvolvimentais que podem afectar a administração do método e/ou os dados recolhidos através de determinado método. Por outro lado, é importante que futuras investigações procurem, também, desenvolver uma avaliação clínica que explore a relação entre cognições, comportamentos e respostas fisiológicas associadas à fobia social. Ainda, uma avaliação compreensiva e multimodal que examine as relações entre ansiedade social e outros constructos relacionados (por exemplo, características familiares, aptidões sociais, auto-competência) é outro procedimento recomendável em próximos estudos, já que poderá acrescentar informação relevante para a compreensão clínica da ansiedade social.

Em relação ao tratamento, é também evidente a quase inexistência de estratégias de intervenção específicas para a fobia social nas crianças e adolescentes. Abordámos alguns métodos mais utilizados nos distúrbios ansiosos na infância e adolescência, que aplicamos

na nossa prática clínica à fobia social. Parece-nos evidente que os métodos abordados não são mutuamente exclusivos, devendo sim utilizar-se várias estratégias (decorrentes de paradigmas diferentes), múltiplos agentes, em diversos contextos, para construir um programa capaz de fazer face às múltiplas dimensões que caracterizam este quadro. No entanto, gostaríamos de realçar que não deve tratar-se de um programa eclético, mas sim de um conjunto integrado de procedimentos, que, ainda que provenientes de diferentes orientações teóricas, se conjugam para atingir um objectivo geral - mudar a percepção que a criança faz de si e das situações sociais. Apesar da multiplicidade de métodos apresentados, é necessário continuar os esforços para desenvolver e validar intervenções específicas para a fobia social nesta população.

A relação terapêutica é um aspecto crucial da intervenção, devendo construir-se sem pressas, num clima de verdadeira aceitação e disponibilidade, transmitindo confiança nas capacidades da criança para resolver o seu problema.

Dada a natureza crónica, limitações e complicações associadas à fobia social, a sua detecção e intervenção precoces são indispensáveis.

[428] Capítulo 12

Neste sentido, torna-se importante aumentar o conhecimento deste distúrbio entre professores, pais, pediatras e profissionais de saúde mental. Só um esforço conjugado permitirá prestar à criança uma ajuda eficaz e eficiente, ajudando-a a ultrapassar o pesado fardo que pode ser uma fobia social.

Referências Bibliográficas

- Achenbach, T & Edelbrock, C. (1978). The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, 1275-1301.
- Albano, A. M., DiBartolo, P. M., Heimberg, R. G., Barlow, D. H. (1995). Children and Adolescents: Assessment and Treatment. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope and F. R. Schneier (Eds), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. Guilford Press, New York.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.) Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed. Ver.) Washington, DC Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Washington, DC: Author.
- Amies, P. Gelder, M. & Shaw, P. (1983). Social Phobia: a comparative clinical study. *Br. J. Psychiat.*, 142, 174-179.
- Anderson, J. Williams, S., McGee, R. & Silva, P. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children *Archives of General Psychiatry* 44, 69-76.
- Anstending, K. (1999). Is elective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM-IV classification. *Journal of Anxiety Disorders* 13, 417-534.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

- Barrett, P. M., Dadds, M. R. & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2, 333-342.
- Barrios, B. A., & O'Dell, S. L. (1989). Fears and anxieties. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (pp. 167-221). New York: Guilford Press.
- Beck, A., & Emery, G., (1979). *Cognitive Therapy of Anxiety and Phobic Disorders* Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.
- Beck, A., Emery, G & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective* New York: Basic Books.
- Beidel, D. C. (1988). Psychophysiological assessment of anxious emotional states in children *Journal of Abnormal Psychology* 97, 80-82.

[429] Fobia Social na Infância e Adolescência

- Beidel, D. C. (1989). Assessing anxious emotion: A review of psychophysiological assessment in children. *Clinical Psychology Review*, 9, 717-736.
- Beidel, D. C. (1991a). Determining the reliability of psychophysiological assessment in childhood anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 139-150.
- Beidel, D. C. (1991b). Social phobia and overanxious disorder in school-age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30, 545-552.
- Beidel, D. C., Neal, A. M., & Lederer, A. S. (1991). The feasibility and validity of a daily diary for the assessment of anxiety in children. *Behavior Therapy*, 22, 505-517.
- Beidel, D. C. & Morris, T. L. (1995). Social phobia. In John S. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York Guilford Press.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1995). A new inventory to assess childhood social phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment* 7, 73-79.
- Beitchman, J., Nair, R., Clegg, M. et al. (1986). Prevalence of psychiatric disorders in children with speech and language disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 528-535.
- Berler, E. S., Gross, A. M. & Drabman, R. S. (1982). Social skills training with children: proceed with caution. *Journal of Applied Behavior Analysis* 15, 41-53.
- Black, B., & Uhde, T. W. (1992). Elective mutism as a variant of social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31, 1090-1094.
- Brownell, K. D., Marlatt, G. A. Lichtenstein, E. & Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41, 765-776.
- Burke, R. & Stephens, R. (1999). Social anxiety and drinking in college students: a social cognitive theory analysis *Clinical Psychology*, 19, 513-530.
- Cantwell, D., & Baker, L. (1987). The prevalence of anxiety in children with communication disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 239-248.
- Caster, J., Inderbitzen, H., & Hope, D. (1999). Relationships between youth and parent perceptions of family environment and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 237-251.

- Christopher, J. S., Hansen, D. J. & MacMillan, V. M. (1991). Effectiveness of peerhelper intervention to increase children's social interactions. *Behavior Modification* 15, 22-50.
- Chudy, J. F., Jones, G. E. & Dickson, A. L. (1983). Modified desensitization approach for the treatment of phobic behavior in children: a quasi-experimental case study. *Journal of Clinical Child Psychology* 12, 198-201.
- Clark, D. M. (1986). Cognitive therapy for anxiety. *Behavioural Psychotherapy*, 14, 283-294.
- Cobham, V. A., Dadds, M. R. & Spence, S. H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66, 893-905.

[430] Capítulo 12

- Costello, E. (1989). Child psychiatric disorders and their correlates: a primary care pediatric sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 851-855.
- Curry, J. & Murphy, L. (1995). Comorbidity of anxiety disorders. In J. S. Marsh (Ed), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (pp. 301-320). New York: Guilford Press.
- Dadds, M. R., Heard, P. M., & Rapee, R. M. (1994). Behavioral observation. In T. H. Ollendick, N. J. King, & W. Yule (Eds.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children* (pp. 349-364). Boston Allyn & Bacon.
- DiBartolo, P., Albano, A., Barlow, D., & Heimberg, R. (1998). Cross-informant agreement in the assessment of social phobia in youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 213-220.
- DiGmseppe, R. (1993). Comprehensive cognitive-behavior therapy with a socially isolated child. In Jossey-Bass (Eds.), *Cognitive therapies in action* (pp. 160-184). Jossey-Bass Publishers San Francisco.
- Ellis, ^a (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart Press.
- Evers, W. L. & Schwartz, J. C. (1973). Modifying social withdrawal in preschoolers: the effects of filmed modeling and teacher praise. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1, 248-256.
- Evers-Pasquale, W. L. & Sherman, M. (1975). The reward value of peers: a variable influencing the efficacy of film modeling in modifying social isolation in preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, 179-189.
- Fonseca, A. C. (1992). Uma escala de ansiedade para crianças e adolescentes: "o que eu penso e o que eu sinto". *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI, 141-145.
- Fonseca, A. C. (1993). Medos em crianças e adolescentes: Um estudo sobre a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVII, 1, 75-92.
- Fonseca, A., Rebelo, J., Ferreira, A., Pires, C., Formosinho, M., Silva, J. T., & Gregório, M. (1999). Uma nova escala de ansiedade para crianças: A escala de Spence. *Psychologica*, 21, 97-111.
- Fonseca, A. C., Simões, A., Rebelo, J. A., Ferreira, J. A., & Cardoso, F. (1995). O inventário de comportamentos da criança para professores - Teachers Report Form (TRF). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXIX, 81-102.

- Fox, J. E., & Houston, B. K. (1981). Efficacy of self-instructional training for reducing children's anxiety in an evaluative situation. *Behaviour Research and Therapy*, *19*, 509-515.
- Fox, J. E., Houston, B. K., & Pittner, M. S. (1983). Trait anxiety and children's cognitive behaviors in an evaluative situation. *Cognitive Therapy and Research*, *7*, 149-154.
- Francis, G. (1988). Assessing cognition in anxious children. *Behavior Modification*, *12*, 267-280.
- Francis, G. (1990). Social phobia in childhood. In C. G. Last & M. Hersen (Eds.),

[431] Fobia Social na Infância e Adolescência

- Handbook of child and adult psychopathology: A longitudinal perspective* (pp. 163-168). New York: Pergamon Press.
- Francis, G. & D'Elia, F. A. (1994). Avoidant disorder. In T. H. Ollendick, N. J. King & W. Yule (Eds.), *Handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 131-143). New York: Plenum Press.
- Francis, G. & Ollendick, T. H. (1990). Behavioral treatment of social anxiety. In Eva L. Findler & G. R. Kalfus (Eds.), *Adolescent behavior therapy handbook* (pp. 127-145) New York: Springer.
- Francis, G., & Radka, D. (1995). Social Anxiety in Children and Adolescents. In Murray B. Stein (Ed.), *Social Phobia clinical and research perspectives* (pp. 119-143). Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- Friedling, C. & O'Leary, S. G. (1979). Effects of self-instructional training on second - and third grade hyperactive children: a failure to replicate. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *8*, 211-219.
- Gelder, M. G., Bancroft, J. H. J., Gath, D. H., Johnston, D. W., Mathews, A. M., & Shaw, P. M. (1973). Specific and non-specific factors in behavior therapy. *British Journal of Psychiatry*, *123*, 445-462.
- Gelfand, D. M. & Hartman, D. P. (1984). *Child behavior analysis and therapy*. New York: Pergamon Press.
- Ginsburg, G., La Greca, A., & Silverman, W. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: Relation with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *26*, 175-185.
- Glennon, B., & Weisz, J. R. (1978). An observational approach to the assessment of anxiety in young children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *46*, 1246-1257.
- Gottman, J. M., Gonso, J. & Schuler, R. (1976). Teaching social skills to isolated children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *4*, 179-197.
- Graziano, A. M., Mooney, K. C., Huber, C. & Ignasiak, D. (1979). Self-control instruction for children's fear reduction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *10*, 221-227.
- Graziano, A., DeGiovanni, I., & Garcia, K. (1979). Behavioral treatment of children's fears: A review *Psychological Bulletin*, *86*, 804-830.
- Hall, R. & Goldberg, D. (1977). The role of social anxiety in social interaction difficulties. *British Journal of Psychiatry*, *131*, 610-615.

- Harter, S. (1982). The Perceived Competence Scale for Children. *Child Development*, 53, 87-97.
- Hatzenbuehler, L. C. & Schroeder, H. E. (1978). Desensitization procedures in the treatment of childhood disorders. *Psychological Bulletin*, 85, 831-844.
- Hodges, K., McKnew, D., Cytryn, L., Stern, L., & Kline, J. (1982). The Child Assessment Schedule (CAS) diagnostic interview: A report on reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 21, 468-473.
- Hughes, J. N. (1988). *Cognitive behavior therapy with children in schools*. New York: Pergamon Press.

[432] Capítulo 12

- Inderbitzen, H. & Foster, S. (1992). The Teenage Inventory of Social Skills: Development, reliability, and validity. *Psychological Assessment*, 4, 451-459.
- Inderbitzen-Pisaruk, H. Clark, M., & Solano, C. (1992). Correlates of loneliness in mid adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 151-167.
- Ingman, K., Ollendick, T., & Akande, A. (1999). Cross-cultural aspects of fears in African children and adolescents. *Behavioral Research and Therapy*, 37,337-345.
- Johnson, S., Melamed, B. (1979). The assessment and treatment of children's fears. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds), *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol. 2, pp. 107-139). New York: Plenum Press.
- Kaminer, D., & Stem, D. (1999). Social anxiety disorder in children and adolescents. In H. G. M. Westenberg & J. a den Boer (Eds.), *Focus on psychiatric Social Anxiety Disorder* (pp. 117-131). Syn-Thesis Publishers.
- Kanfer, F. H., Karoly, P. & Newman, A. (1975). Reduction of children's fear of the dark by competence-related and situational threat-related verbal cues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 251-259.
- Karoly, P. (1977). Behavioral self-management in children: concepts, methods, issues and directions. In M. Hersen, R. Eisler & P Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (vol. 5). New York: Academic Press.
- Kashani, J. & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 147, 313-318.
- Kendall, P. & Chansky, T. (1991). Considering cognition in anxiety-disordered children. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 167-185.
- Kendall, P. & Chansky, T., Freidman, M., Kim, R., Kortlander, E., Sessa, F., & Siqueland, L. (1991). Treating anxiety disorders in children and adolescents. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (pp. 131-164). New York: Guilford Press.
- Kendall, P. C., Chansky, T. E., Kane, M. T., Kim, R. S., Kortlander, E., Ronan, K. R., Sessan, F. M. & Siqueland, L. (1992). *Anxiety disorders in youth: cognitive-behavioral interventions*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Kendall, P., & Ronan, K. (1990a). Assessment of children's anxieties, fears, and phobias: Cognitive-behavioral models and methods. In C. R. Reynold & R. W. Kamphaus (Eds.), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior, and context* (pp. 223-244). New York: Guilford Press.

Kendall, P., & Ronan, K. (1990b). Unpublished manuscript, Department of Psychology, Philadelphia In Kendall, P., & Ronan, K. (1990a). Assessment of children's anxieties, fears, and phobias: Cognitive-behavioral models and methods. In C. R. Reynold & R. W. Kamphaus (Eds.), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior, and context* (pp. 223-244). New York: Guilford Press.

King, N. J. (1993). Simple and social phobias. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz

[433] Capítulo 12

(Eds.), *Advances in clinical child psychology* (vol. 15, pp. 305-341). New York: Plenum Press.

King, N., Hamilton, D., & Ollendick, T. (1988). *Children's phobias: A behavioral perspective*. Chichester, UK: Wiley.

Kovacs, M. (1978). The Interview Schedule for Children (ISC): Inter-rater and parent-child agreement. Unpublished manuscript.

Ladd, G. W. & Mize, J. (1983). A cognitive-social learning model of social skill training. *Psychological Review*, 90, 127-157.

LaGreca, A., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.

LaGreca, A., & Stone, W. (1993). Social Anxiety Scale for Children-Revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 17-27.

LaGreca, A. M. & Santogrossi, D. D. (1980). Social skills training with elementary school students: a behavioral group approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 220-228.

Last, C. (1988). Introduction. *Behavior Modification*, 12, 163-164.

Last, C., Hersen, M., Kazdin, A., Finkelstein, R., & Strauss, C. (1987). Comparison of DSM-III separation anxiety and overanxious disorders: Demographic characteristics and patterns of comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 527-531.

Last, C., & Strauss, C. (1990). School refusal in anxiety-disordered children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 31-35.

Last, C., Strauss, C., Frances, G. (1987). Comorbidity among childhood anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 726-730.

Leary, M. & Kowalski, R. (1995). *Social Anxiety*. NY: Guilford Press.

Leitenberg, H. Callahan, E. (1973). Reinforced practice and reduction of different kinds of fears in adults and children. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 19-30.

Lewinsohn, P., Zinbarg, R., Seeley, J., Lewinsohn, M., Sack, W. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescence. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 377-394.

March, J., Sullivan, K., & Parker, J. (1999). Test-retest reliability of the Multidimensional Anxiety Scale for Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 349-358.

Marzillier, J. S., Lambert, C. & Kellet, J. (1976). A controlled evaluation of systematic desensitization and social skills training for social inadequate psychiatric patients. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 225-228.

Matson, J., Rotatori, A., & Helsel, W. (1983). Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson Evaluation of Social

[434] Capítulo 12

Skills with Youngsters (MESSY). *Behaviour Research and Therapy*, 21,335-340.

McGee, R., Fehan, M., Williams, S., Partridge, F., Silva, P., & Kelly, J. (1990). DSM-III-R disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 611-619.

Meichenbaum, D. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: a means of developing self-control. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 77, 115-126.

Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: an integrative approach*. New York: Plenum Press.

Meichenbaum, D. (1986). Cognitive behavior modification. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change* (pp. 357-392). Elmsford, NY: Pergamon Press.

Meichenbaum, D. & Genest, M. (1980). Cognitive behavior modification: na integration of cognitive and behavioral methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change* (2nd Ed.), New York: Pergamon Press.

Melamed, B. & Siegel, L. (1975). Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 511-521. Montgomery, S. A. (Ed.) (1995). *Social Phobia: a clinical review*. WPA Social Phobia Task Force.

Moos, R., (1986). *Family Environment Scale manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Morris, R. J. & Kratochwill, T. R: (1983). *Treating children's fears and phobias: a behavioral approach*. New York: Pergamon Press.

Morris, R. & Kratochwill, T. (1991). Childhood fears and phobias. In Homas R. Kratochwill & Richar J. Morris (Eds.) 2nd ed., *The practice of child therapy*, (pp.76-114). General Psychology Series.

Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B., van Brakel, A., Thissen, S., Moulaert, V., & Gadet, B. (1998). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) and traditional childhood anxiety measures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29, 327-339.

O'Connor, R. D. (1972). Relative efficacy of modeling, shaping and the combined procedures for modification of social withdrawal. *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 327-334.

Oliveira, C., Santos, P., & Abreu, J. (1997). A CAS (Child and Adolescent Assessment Schedule). *Psiquiatria Clínica*, 18, 85-94.

Oliveira, C., Santos, P., Simões, P., Veiga, L., Joaquim, A., Piçarra, C. & Abreu, J. (1997). Resultados da aplicação de uma versão portuguesa da CAS (Child and Adolescent Assessment Schedule). *Psiquiatria Clínica*, 18, 95-105. Ollendick, T. H. (1979). Fear reduction techniques with children. In M. Hersen,

[435] Fobia Social na Infância e Adolescência

- R. M. Eisler & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (vol. 8, pp 127-168). New York: Academic Press.
- Ollendick, T. (1983). Reliability and validity of the revised fear survey schedule for children (FSSC-R). *Behavior Research and Therapy*, *21*, 685-692.
- Ollendick, T. & Francis, G. (1988). Behavioral assessment and treatment of childhood phobias. *Behavior Modification*, *12*, 165-204. Ollendick, T., Matson, J., & Helsel, W. (1985). Fears in children and adolescents: normative data. *Behavior Research and Therapy*, *4*, 465-467.
- Paine, S. C., Hops, H., Walker, H. M. et al. (1982). Repeated treatment effects: a study of maintaining behavior change in socially withdrawn children. *Behavior Modification*, *6*, 171-199.
- Parker, J. G., & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children in risk? *Psychological Bulletin*, *102*, 357-389.
- Peterson, L. & Shigetomi C. (1981). The use of coping techniques in minimizing anxiety in hospitalized children. *Behavior Therapy*, *12*, 1-14.
- Prinz, R., Foster, S., Kent, R., & O'Leary, K. (1979). Multivariate assessment of conflict in distressed and nondistressed mother-adolescent dyads. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *12*, 691-700.
- Puig-Antich, J., & Chambers, W. (1978). *The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-aged Children* (Kiddie-SADS). New York: New York State Psychiatric Institute.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1978). What I Think and Feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *6*, 271-280.
- Rubin, K., LeMare, L., & Lollis, S. (1990). Social withdrawal in childhood: Developmental pathways to peer rejection. In S. R. Asher & J. D. Coie (Eds.), *Peer rejection in childhood* (pp. 217-249). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Sanders, M. R. (1996). New directions in behavioral family intervention with children. *Advances in clinical child psychology*, *18*, 283-330.
- Scholing, A. & Emmelkamp, P. M. G. (1990). Social phobia: nature and treatment. In Harold Leitenberg (Ed), *Handbook of Social and Evaluative Anxiety*. New York: Plenum Press.
- Shore, G. & Rapport, M. (1998). The Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-HI): Ethnocultural variations in children's fearfulness. *Journal of Anxiety Disorders*, *12*, 437-462.
- Silverman, S., & Nelles, W. (1988). The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *27*, 772-778.
- Silverman, W. (1991). Diagnostic reliability of anxiety disorders in children using structured interviews. *Journal of Anxiety Disorders*, *5*, 105-124.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behavior Research and Therapy*, *36*, 545-566.

- Spence, S., Donovan, C., Brechman-Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 211-221.
- Spielberger, C. (1973). *Manual for the State-Trait Inventory for Children*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Stedman, J. M. & Murphey, J. (1984). Dealing with specific child phobias during the course of family therapy: an alternative to systematic desensitization. *Family Therapy, 11*, 55-60.
- Stevens, R. & Pihl, R. O. (1983). Learning to cope with school: a study of the effects of a coping skill training program with test-vulnerable 7th-grade students. *Cognitive Therapy and Research, 7*, 155-158.
- Strauss, C., Lease, C., Kazdin, A., Dulcan, M., & Last, C. (1989). Multimethod assessment of the social competence of children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology, 18*, 184-189.
- Trower, P., Yardley, K., Bryant, B. M. & Shaw, P. (1978). The treatment of social failure: a comparison of anxiety reduction and skills-acquisition procedures of two social problems. *Behavior Modification, 2*, 41-60.
- Turner, S., Beidel, D. & Epstein, L. (1991). Vulnerability and risk for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 5*, 155-166.
- Turner, S., Beidel, D., & Larkin, K. (1986). Situational determinants of social anxiety in clinic and nonclinic samples: physiological and cognitive correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 523-527.
- Ultee, C. A., Griffiaen, D. & Schellekens, J. (1982). The reduction of anxiety in children: a comparison of the effects of systematic desensitization *in vitro* and systematic desensitization *in vivo*. *Behavior Research and Therapy, 20*, 61-67.
- Vernberg, E., Abwender, D., Ewell, K., & Beery, S. (1992). Social anxiety and peer relationships in early adolescent: A prospective analysis. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, 189-196.
- Whitehead, M., Hersen, M. & Bellack, A. S. (1980). Conversation skills training for socially isolated children. *Behavior Research and Therapy, 18*, 217-225.
- Whitehill, M. B., Hersen, M. & Bellack, A. S. (1980). Conversational skills training for socially isolated children. *Behavior Research and Therapy, 18*, 217-225.
- Zanoli, K. & Daggett, J. (1998). The effects of reinforcement rate on the spontaneous social initiations of socially withdrawn preschoolers. *Journal of Applied Behavior Analysis, 31*, 117-125.
- Zatz, S., & Chassin, L. (1983). Cognitions of test-anxious children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 526-534.

[320]

[321]

Capítulo 11

Tratamento Farmacológico da Fobia social

José Pinto Gouveia

Introdução

Este capítulo é uma extensão e actualização do artigo *Tratamento farmacológico da fobia social*, publicado na revista *Psiquiatria Clínica*, Vol. 18, de 1997. A organização do capítulo mantém, no essencial, o formato então utilizado, tendo sido acrescentados os estudos acerca da eficácia de psicofármacos na fobia social que foram publicados após a publicação do referido artigo. Também os comentários acerca das condições de utilização de psicofármacos no tratamento da fobia social foram reformulados de forma a terem em conta os dados de investigação recolhidos nos dois últimos anos. Na verdade, embora não muito numerosos, os estudos publicados durante os dois últimos anos alteraram consideravelmente as indicações terapêuticas para a fobia social. A eficácia de alguns medicamentos como o moclobemide, que há dois anos atrás surgia como um produto de primeira linha no tratamento de fobia social, não se comprovou em posteriores estudos controlados, e uma série de novos estudos mostraram a eficácia dos inibidores selectivos da recaptação da serotonina (ISRS), e entre estes, a especial eficácia da paroxetina, o fármaco melhor estudado neste grupo. Outros produtos como a buspirona não confirmaram a eficácia que alguns estudos iniciais sugeriam.

Este capítulo mantém assim a ênfase na revisão das investigações publicadas sobre a eficácia terapêutica dos psicofármacos na

[322] Capítulo 11

fobia social e nas questões práticas da sua utilização correcta na clínica da fobia social.

A constatação que o quadro clínico da fobia social rés tratamento farmacológico, foi um factor importante na emergência do interesse por este distúrbio ansioso a partir de 1985. Os estudos não controlados da eficácia terapêutica do atenolol (Gorman et al., 1985) e da fenelzina (Liebowitz *et al.*, 1986) na fobia social, abriram a porta a uma intensa e mais rigorosa investigação da eficácia do psicofármacos neste quadro clínico, com estudos duplamente cegos e controlados com placebo. Os resultados de alguns destes estudos mostraram que existe um conjunto de medicamentos que podem ser de grande utilidade no alívio do desconforto e evitamento de situações sociais experimentado pelos fóbicos sociais.

Eficácia Terapêutica dos Psicofármacos na Fobia Social

Beta-Bloqueantes

O racional para a utilização dos beta-bloqueantes na fobia social baseia-se no seu efeito de diminuição dos sintomas resultantes da activação simpática associada à ansiedade, como a taquicardia, o tremor e o rubor. Devido a este efeito, os beta-bloqueantes são há longo tempo utilizados por músicos e artistas, em situações específicas de ansiedade de desempenho, com aparentes efeitos benéficos. Um primeiro estudo aberto da utilização do atenolol em doses de 50 a 100 mg (Gorman *et al.*, 1985) sugeriu a sua utilidade terapêutica quer na fobia social generalizada quer nos sintomas de ansiedade de desempenho. No

entanto, em estudos controlados, o atenolol (Liebowitz et al., 1992; Turner, Beidel & Jacob, 1994), e o propranolol (Falloon, Lloyd & Harpin, 1981) não demonstraram efeitos terapêuticos significativamente superiores ao placebo. Na interpretação destes resultados há que ter em conta que as amostras destes estudos controlados incluíam doentes com fobia social generalizada e o número de doentes com fobia social específica de desempenho era, provavelmente, demasiado pequeno para permitir identificar diferenças significativas com o placebo (Leibowitz & Marshal, 1995; Leibowitz & Heimberg, 1996). Outro

[323] Tratamento Farmacológico da Fobia social

aspecto a ter em consideração na interpretação destes resultados reside na forma de utilização dos beta-bloqueantes. A experiência clínica sugere sobretudo a sua utilidade nas situações de fobia social circunscrita a situações de desempenho social e com as quais o indivíduo se confronta ocasionalmente (falar em público, actuação artística, etc.). Nesse sentido, um beta-bloqueante, como o propranolol pode mostrar-se útil, não em toma diária, mas utilizado apenas na ocasião em que o indivíduo se vai confrontar com essa situação. Nestes casos, a sua toma cerca de 45 a 60 minutos antes do indivíduo iniciar o seu desempenho social reduz os sintomas desconfortáveis da activação simpática, podendo diminuir ou interromper o ciclo *de feedback* positivo que frequentemente acontece nos doentes com ansiedade de desempenho. Neste tipo de ciclo, os sintomas somáticos de ansiedade gerados pelo confronto com a situação interferem com o desempenho e são fonte de novas interpretações ansiógenas, originando mais ansiedade e aumento dos sintomas físicos, numa espiral que aumenta até a ansiedade ficar fora do controlo do indivíduo (Clark & Wells, 1995; Leibowitz & Marshall, 1995). Embora ainda não tenham sido realizados estudos controlados acerca da eficácia terapêutica dum utilização intermitente do propranolol em populações clínicas com fobia social de desempenho, estudos em populações não clínicas sugerem a sua utilidade (Potts & Davidson, 1995). Leibowitz e Marshall (1995) apontam que o propranolol será o beta-bloqueante mais aconselhável para este tipo de utilização, dado ser relativamente bem tolerado e o seu efeito hipotensor ser compensado pela activação simpática resultante da ansiedade (Leibowitz & Marshall, 1995). A sua utilização deve ser precedida de um teste de tolerância em que o doente avalia os efeitos de uma toma de 10 a 20 mg na sua frequência cardíaca, ajustando depois a dose terapêutica.

Inibidores da Monoamino Oxidase (IMAOs)

Inibidores irreversíveis da monoamino oxidase

A fenelzina e a tranylcipromina são os IMAO mais utilizados e estudados na fobia social. Dado não existirem no mercado nacional,

[324] Capítulo 11

faremos apenas uma revisão pormenorizada dos estudo utilizada a fenelzina, pois ela representa um fármaco de referência no tratamento da fobia social, e tomar-se-ia difícil

comparar os resultados obtidos em alguns estudos controlados, desconhecendo os resultados obtidos com a fenelzina. Em relação à tranylcipromina, é de referir que os estudos abertos que estudaram a sua eficácia na fobia social obtiveram resultados terapêuticos positivos (Versiani, Mundim, *et al.*, 1988; Versiani, Nardi, *et al.*, 1989).

A fenelzina é dos fármacos melhor investigados na fobia social e aquele que de forma mais consistente tem revelado resultados terapêuticos positivos, quer em estudos abertos, quer em estudos controlados. Embora os seus efeitos tivessem sido já estudados em populações mistas de agorafóbicos e fóbicos sociais, o primeiro estudo aberto da fenelzina numa população exclusiva de fóbicos sociais, foi realizado por Liebowitz, Fyer, Gorman, Campeas e Levin (1986). Este estudo envolveu 11 fóbicos sociais diagnosticados segundo os critérios da DSM-III, e forneceu resultados encorajadores acerca da utilidade da fenelzina na fobia social, ao mostrar que ao fim de oito semanas de tratamento 64% dos doentes melhoraram acentuadamente e 34% melhoraram moderadamente. O efeito terapêutico iniciou-se dentro das primeiras quatro semanas de tratamento e em mais de metade dos doentes a dose terapêutica eficaz foi de 45 mg/dia ou menos.

Estes resultados positivos foram posteriormente confirmados em três estudos controlados (Gelernter *et al.*, 1991; Liebowitz *et al.*, 1992; Versiani *et al.*, 1992). Gelernter e cols. (1991) realizaram um estudo duplamente cego com controlo de placebo em que compararam a eficácia terapêutica da terapia cognitivo-comportamental em grupo, a fenelzina e o alprazolam, numa amostra de 65 fóbicos sociais diagnosticados segundo os critérios da DSM-III-R. Todos os doentes receberam instruções para auto-exposição, tendo a fenelzina e o alprazolam sido utilizados em doses diárias que variaram entre os 30 e os 90 mg e os 2.1 e os 6.3 mg, respectivamente. Os resultados, avaliados em termos das pontuações no *Fear Questionnaire* (FQ; Marks & Marks & Mathews, 1979) às 12 semanas de tratamento, mostraram uma melhoria em 69% dos doentes medicados com fenelzina, contra 38% dos doentes no grupo do alprazolam, 24% no grupo da terapia cognitivo-comportamental

[325] Tratamento Farmacológico da Fobia social

e 20% no grupo placebo. No estudo de seguimento, 2 meses após ter terminado o tratamento, os doentes do grupo da fenelzina e após e da terapia cognitivo-comportamental tendiam a manter os ganhos da terapêuticos tendo os doentes do grupo do alprazolam recaído. Os resultados deste estudo são de difícil interpretação e pouco conclusivos por vários motivos. Em primeiro lugar, a metodologia utilizada no estudo não representa um teste válido à terapia farmacológica dado que todos os doentes receberam instruções para auto-exposição. Em segundo lugar, é duvidoso que o grupo de placebo mais instruções auto-exposição represente verdadeiramente um grupo de comparação inactivo. Finalmente, o critério utilizado para avaliação dos resultados só considerava como melhorados os doentes que obtivessem pontuações na sub-escala de fobia social do FQ, inferiores à média obtida em amostras normativas. Este critério foi possivelmente excessivamente exigente dado que as médias das amostras normativas utilizadas era inferiores à média da amostra original de Marks & Mathews (1979), diminuindo assim a possibilidade de indivíduos com resposta positiva serem avaliados como melhorados (Potts & Davidson, 1995).

Mais conclusivos são os resultados obtidos no estudo de Liebowitz e cols. (1992), também duplamente cego e controlado com placebo, em que foi avaliada a eficácia terapêutica da fenelzina e do beta-bloqueante atenolol, em 74 doentes com fobia social generalizada e circunscrita tendo sido excluídos os doentes com depressão maior. A metodologia do estudo envolvia três fases de avaliação: uma fase de 8 semanas de tratamento, seguida de 8 semanas de manutenção e 8 semanas de seguimento em que a medicação era retirada. A avaliação da resposta terapêutica à 8ª semana de tratamento foi feita através da Escala de Impressão Clínica Global (*Clinical Global Impression*; CGI; Guy, 1976, in Potts & Davidson, 1995), das escalas de auto-resposta, *Social Avoidance and Distress Scale* (SAD; Watson & Friend, 1969), *Fear of Negative Evaluation* (FNE; Watson & Friend, 1969), *Symptom Check List-90* (SCL-90; Derogatis, Lipman & Covi, 1973), *Sheehan Disability Scale* (SDS; Sheehan, 1984), e de escalas de avaliação clínica de vários aspectos da fobia social e depressão, como o desconforto e evitamento em situações sociais, e o funcionamento social e no trabalho, a Liebowitz

[326] Capítulo 11

Social Anxiety Scale (LSAS; Liebowitz, 1987), o *Social Phobic Disorders Severity and Change Form* (SPDSC; Liebowitz et al., 1986) e Escalas de Hamilton para a Depressão e Ansiedade (Hamilton, 1959, 1960), preenchidas por avaliador independente. Os resultados mostraram que 64% (13 de 19) dos doentes medicados com fenelzina (dose média 75.7 mg), 30% (7 de 23) dos doentes medicados com atenolol (dose média 97.6 mg) e 23% dos doentes com placebo, obtiveram resposta terapêutica positiva. Quando divididos em função do tipo de fobia social, os doentes com fobia social generalizada apresentavam resultados sensivelmente semelhantes aos da amostra global, com resultados positivos em 68% (13 em 19) dos doentes que tomaram fenelzina, 28% (5 em 18) nos doentes que tomaram atenolol e 21% (4 em 19) no grupo placebo. Nos doentes com fobia específica ou circunscrita, verificou-se uma resposta positiva em 50% (3 em 6) do grupo da fenelzina, 40% (2 em 5) do grupo do atenolol e 29% (2 em 7) no grupo do placebo. O número reduzido de doentes que entraram na fase de manutenção e na fase de suspensão da medicação não permite comparações conclusivas, embora seja possível identificar uma tendência para os benefícios terapêuticos obtidos na primeira fase se manterem na fase de manutenção e diminuir acentuadamente na fase de suspensão da medicação.

Finalmente, Versiani e cols. (1992) compararam a eficácia terapêutica da fenelzina e do moclobemide em 78 doentes com fobia social diagnosticados segundo os critérios da DSM-III-R, num estudo em dupla ocultação e com grupo placebo de controlo. De forma semelhante ao estudo de Liebowitz e cols. (1992), o estudo foi delineado em três fases. Uma fase de 8 semanas de tratamento, seguida de uma fase de mais oito semanas de manutenção da medicação para os doentes que tinham obtido uma resposta terapêutica positiva. No fim desta segunda fase, os doentes recebiam placebo ou medicação durante mais 8 semanas. A fenelzina e o moclobemide foram utilizadas em dosagens flexíveis até um máximo de 90 mg para a fenelzina e de 600 mg para o moclobemide. Os resultados, tal como no estudo anterior, foram avaliados através de escalas de auto-resposta (SAD, FNE, SCL-90, SDS) e escalas de avaliação clínica *Clinical Global Impression* (CGI) e *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS) que permitiam medidas da

[327] Tratamento Farmacológico da Fobia social

severidade dos sintomas da fobia social e dos comportamentos com eles relacionados, assim como o grau de limitação e interferência na vida do doente. À oitava semana, 96% dos doentes do grupo da fanelzina (dose média 69.3 mg) e 81% dos doentes do grupo do moclobemide (dose média 583.2 mg) mostravam-se muito melhorados ou sem sintomas, comparadas com 23% dos doentes a tomarem placebo. A comparação entre a fenezina e o moclobemide mostrou que, embora à quarta semana a fanelzina se mostrasse superior ao moclobemide, não havia diferenças significativas entre os dois produtos nas medidas de avaliação de resultados positivos à oitava semana, excepto na sub-escala de evitamento social da *Leibowitz Social Anxiety Scale* (LSAS) em que a fanelzina se mostrava superior. Tendo em conta que à quarta semana as dosagens eram de 60 mg para a fanelzina e de 400 mg para o moclobemide, estes resultados sugerem que os efeitos terapêuticos do moclobemide aumentaram quando a dose foi aumentada para 600 mg. Em termos de efeitos secundários o moclobemide mostrou-se melhor tolerado e com menos efeitos secundários que a fanelzina.

No seu conjunto, estes três estudos controlados mostram que a fanelzina tem uma acção terapêutica em cerca de dois terços dos doentes com fobia social. O seu efeito positivo parece manter-se com uma utilização continuada, mas a sua interrupção origina uma elevada taxa de recorrência da sintomatologia. O reduzido número de doentes com fobia social específica nas amostras estudadas não permite tirar conclusões seguras acerca da sua eficácia neste tipos de fobia social. A sua utilização corrente no tratamento da fobia social está no entanto condicionada por vários factores negativos, como a elevada incidência de efeitos secundários mal tolerados pelos doentes e as rigorosas restrições dietéticas necessárias para prevenir o risco de crises hipertensivas, originadas pela sua potenciação do efeito pressor da tiramina.

Os bons resultados obtidos pela fanelzina em estudos controlados e pela tranlylcypromina em estudos abertos, despertaram o interesse pelo estudo da eficácia terapêutica na fobia social dos inibidores reversíveis da monoamino oxidase, dadas as suas vantagens de segurança e menores efeitos secundários que os primeiros.

[328] Capítulo 11

Inibidores reversíveis da monoamino oxidase A (RIMAs)

Os resultados dos estudos que investigaram a eficácia terapêutica na fobia social de dois inibidores selectivos e reversíveis da monoamino oxidase A, o moclobemide e a brofaromina, forneceram resultados positivos (Versiani *et al.*, 1992; Bisserbe, Lepine & GRp Group 1994; Versiani *et al.*, 1996; Vliet, Boer, & Westenberg, 1992). Dado que a brofaromina não está comercializada em Portugal e foi recentemente retirada da investigação em estudos clínicos (Liebowitz & Marshall, 1995), focaremos a nossa atenção apenas no moclobemide.

O moclobemide é um inibidor reversível da monoamino oxidase A (RIMA). Os seus efeitos inibidores são rapidamente reversíveis e a sua acção é selectiva sobre a monoamino

oxidase A, não interferindo com a monoamino oxidase B. O risco das crises hipertensivas provocadas pela não desaminação da tiramina fica, assim, muito diminuído, tomando-se desnecessárias as rigorosas restrições dietéticas que a utilização dos IMAO irreversíveis exigiam. A sua acção afecta a metabolização da nor-epinefrina e da serotonina, mas permite a degradação de outras substâncias como a dopamina, que são metabolizadas pelos subtipos A e B da monoamino oxidase (Potts & Davidson, 1995).

O primeiro estudo a investigar a eficácia do moclobemide da fobia social foi realizado por Versiani e cols. (1992) e os seus resultados foram já acima descritos em pormenor. Resumindo, o moclobemide mostrou-se menos eficaz que a fenelzina, mas 81% dos fóbicos sociais medicados com o moclobemide e que se mantinham no estudo à 8ª semana (21 em 26), mostravam uma resposta terapêutica positiva, sendo classificados como muito melhorados. A eficácia terapêutica mantinha-se à 16ª semana em 82% dos indivíduos que ainda permaneciam no estudo (17 em 26). Este primeiro estudo do moclobemide sugeria, deste modo, que a sua acção era eficaz na fobia social e que os seus efeitos terapêuticos se mantinham pelo menos 16 semanas. A análise dos resultados sugeria ainda que a dose terapêutica mais eficaz era de 600mg, e que doses de 400 mg eram provavelmente menos eficazes.

Um segundo estudo foi realizado em França por Bisserbe, Lepine

[329] Tratamento Farmacológico da Fobia social

e GRP Group (1994) em 35 fóbicos sociais não deprimidos, diagnosticados segundo os critérios da DSM-III-R. Este estudo obedecia a uma metodologia de estudo multicêntrico aberto e teve a duração de doze semanas, variando as doses utilizadas entre 300 e 600 mg. Embora o número de doentes que completaram as 12 semanas de tratamento fosse relativamente pequeno, dada a elevada taxa de abandonos (18 em 35), os resultados mostraram que na avaliação pela escala *Clinical Global Impressions* (CGI), a percentagem de indivíduos classificados como muito ou muitíssimo melhorados (pontuação de 2 ou 1 na CGI) era de 29% (8 em 28) à 4ª semana, 50% (12 em 24) à 8ª semana e 94% (17 em 18) à 12 semana. Em relação aos doentes que tinham recebido pelo menos 4 semanas de tratamento, 61% (17 em 28), tinham uma resposta positiva à 12ª semana. Também na *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS; Liebowitz, 1987) que mede o medo e evitamento de situações sociais, os doentes avaliados à 12ª semana mostraram reduções de 2 a 3 desvios-padrão nas subescalas de medo e de evitamento. Dos 18 doentes que não completaram as 12 semanas do estudo, 8 abandonaram devido aos efeitos secundários, 4 abandonaram por ausência de resposta terapêutica, 1 doente foi retirado do estudo por crise convulsiva, 2 por depressão, 2 por razões não relacionadas com o tratamento e 1 por resposta terapêutica precoce. Uma tolerância boa ou muito boa ao moclobemide foi avaliada pelos investigadores em 23 dos casos e pelos doentes em 20 casos.

Apesar das limitações inerentes à metodologia utilizada neste estudo, os seus resultados apoiavam a eficácia terapêutica do moclobemide verificada no estudo controlado de Versiani e cols. (1992). Tal como no estudo anterior, o número de doentes com resposta terapêutica positiva aumentou ao longo das 12 semanas de tratamento, sugerindo assim que alguns doentes poderão ter uma resposta positiva ao moclobemide só a partir de 2 a 3 meses de tratamento.

Um terceiro estudo, investigou a eficácia terapêutica a longo prazo do moclobemide (Versiani *et al.*, 1996). Neste estudo não controlado, os autores investigaram a eficácia a longo prazo do moclobemide na dose diária de 600-750 mg (dose alvo a ser atingida progressivamente), em 101 fóbicos sociais diagnosticados segundo os critérios da DSM-III-R. estudo foi delineado em três fases: uma primeira fase

[330] Capítulo 11

de tratamento com dois anos de duração, a que se seguia um período sem medicação de pelo menos um mês de duração, e uma terceira fase de tratamento com moclobemide para os doentes em que tinha havido recorrência de sintomas. Esta última fase tinha também duração de 2 anos.

Cinquenta e nove doentes (58.4%) completaram a fase I. A percentagem dos doentes com resposta terapêutica positiva, avaliada pelo *Clinical Impressions of Severity of Social Phobia* (CIS-SP), foi de 29.3% (29 de 99) ao quarto mês, 52.5% (52 de 99) ao ano e 59.2% (53 de 99) no fim desta fase.

Dos 59 doentes que terminaram esta fase e entraram na segunda fase (sem medicação), 7 doentes abandonaram o estudo devido ao seu estado de remissão continuada, tendo havido uma deterioração significativa em todos os outros.

Cinquenta e um destes doentes entraram na terceira fase do estudo e voltaram a ser medicados com doses até 750 mg de moclobemide. Como a maioria dos doentes estavam ainda a ser medicada na altura da publicação dos resultados do estudo, apenas são apresentadas as percentagens de doentes com resposta positiva ao terceiro e sexto mês desta fase, e que foram de 24.2% (24 de 99) e 45.5% (45 de 99) respectivamente.

Embora os resultados deste estudo não possam ser comparados directamente com os obtidos em estudos anteriores (Versiani *et al.*, 1992; Bisserbe *et al.*, 1994), a resposta terapêutica ao moclobemide foi neste estudo mais lenta que nos estudos anteriores. Ao comentarem os resultados obtidos, os autores sugerem que a existência de elevada comorbilidade na amostra e a longa duração da fobia social na maioria dos doentes podem ter influenciado negativamente os resultados, em comparação com estudos anteriores. A taxa de respostas positivas de 59.2%, ao fim de dois anos de tratamento, é muito semelhante às percentagem de respostas positivas obtidas em estudos de menor duração (Versiani *et al.*, 1992; Bisserbe *et al.*, 1994), mostrando que o moclobemide mantém a sua eficácia em situações de uso prolongado e é bem tolerado. No entanto, a elevada percentagem de recorrências (88%) ocorrida quando a medicação foi descontinuada mostra que na fobia social, mesmo com tratamentos de longa duração, a recaída é mais regra que excepção, quando a medicação é retirada.

[331] Tratamento Farmacológico da Fobia social

Finalmente, num estudo multicêntrico, em dupla ocultação e controlado com placebo (Katschnig, Stein, & Buller, 1997) que envolveu 578 doentes, foi investigada a eficácia do moclobemide em doses de 300 e 600 mg/dia. Os resultados mostram que, em ambas as doses, o moclobemide era mais eficaz que o placebo, mas a diferença era estatisticamente mais significativa no grupo medicado com a dose de 600 mg. Após 12

semanas de tratamento as taxas de doentes com resposta terapêutica positiva eram de 47% para o moclobemide 600 mg, 41% para o moclobemide 300 mg e 34% para o placebo.

Infelizmente, os resultados destes estudos, que embora sugerissem um efeito modesto, apontavam para a eficácia terapêutica do moclobemide na fobia social, não foram confirmados em dois estudos recentes (Noyes *et al.*, 1997; Schneier *et al.*, 1998).

O estudo de Noye e cols. (1997) envolveu 583 doentes numa metodologia de dupla ocultação e controlada com placebo, teve uma duração de 12 semanas e utilizou 5 diferentes dosagens de moclobemide (75-900 mg/dia). Os resultados mostram que não existia uma diferença significativa entre o moclobemide e o placebo, com 35% dos doentes que tomaram a dose mais elevada de moclobemide e 33% dos doentes do grupo placebo a apresentar uma resposta terapêutica positiva no fim do tratamento.

Também no estudo controlado de Schneier e cols. (1998) em 77 fóbicos sociais, não foram encontradas diferenças entre a eficácia terapêutica do moclobemide e o placebo, com respostas terapêuticas positivas de 17.5% com o moclobemide e 13.5 com o placebo.

Estes resultados colocam dúvidas sobre a eficácia terapêutica do moclobemide obtida em estudos anteriores, e não apoiam a utilização do moclobemide como um fármaco de primeira linha no tratamento da fobia social.

Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina (ISRSs)

Os dados iniciais acerca da eficácia dos ISRS na fobia social foram obtidos em estudos não controlados e envolvendo um reduzido número de doentes.

[332] Capítulo 11

Mais recentemente, a fluvoxamina, a paroxetina e a sertralina foram investigadas em estudos controlados com placebo.

O ISRS melhor investigado e o único que recebeu indicação na União Europeia para o tratamento da fobia social é a paroxetina que, em doses de 20 a 50 mg dia, se mostrou eficaz em três estudos controlados. A elevada comorbilidade da fobia social generalizada com outros distúrbios comórbidos, e o facto de ser uma doença crónica a necessitar de longos períodos de tratamento faz dos ISRS os fármacos de primeira linha no tratamento da fobia social, dado a sua eficácia nesses distúrbios comórbidos, o seu baixo potencial para o desenvolvimento de dependência e a sua boa tolerância e segurança.

Paroxetina

A paroxetina é o ISRS melhor estudado para o tratamento da fobia social e o fármaco actualmente mais investigado neste distúrbio.

A eficácia da paroxetina no tratamento da fobia social começou por ser investigada num estudo de dois casos (Ringold, 1994) e em dois estudos abertos não controlados (Mancini & Ameringen, 1996, Stein *et al.*, 1996). Os resultados terapêuticos obtidos nestes dois estudos abertos, foram muito positivos, com o estudo de Mancini e Ameringen, (1996) a mostrar que ao fim de 12 semanas de tratamento 83% dos doentes se apresentavam como melhorados ou muito melhorados na avaliação pela *Clinical Global Impression (CGI; Guy,*

1976) no item *Global Improvement*, e o estudo de Stein e cols. (1996), a mostrar que 23 dos 30 doentes (77%) que completaram o estudo de 11 semanas de tratamento se mostravam melhorados ou muito melhorados na avaliação pelo CGI.

Estes resultados encorajaram a realização de três estudos multicêntricos, em dupla ocultação e controlados com placebo, que envolveram 861 doentes (Westenberg, 1999). Dois desses estudos estão já publicados: um realizado nos USA (Stein *et al.*, 1998) e o segundo realizado na Europa e África do Sul (Baldwin *et al.*, 1999). Estes dois estudos utilizaram uma metodologia de investigação semelhante, uma duração de 12 semanas e envolvendo a comparação da paroxetina

[333] Tratamento Farmacológico da Fobia social

em doses flexíveis (20-50 mg) com o placebo. Os doentes do grupo da paroxetina iniciavam o tratamento com 20 mg diários na primeira semana, podendo depois a dose ser aumentada semanalmente em 10 mg, até um máximo de 50 mg diários, em função da resposta clínica e tolerância.

Os critérios de inclusão e exclusão foram semelhantes nos dois estudos: todos os participantes apresentavam um diagnóstico primário de fobia social de acordo com DSM-IV, obtido através da entrevista utilizada (SCID no estudo realizado nos USA e MINI no estudo realizado na Europa e África do Sul) e tinham mais de 18 anos, sendo de ressaltar como critérios de exclusão a existência de um diagnóstico primário de qualquer outro distúrbio do Eixo I nos últimos seis meses, a existência de qualquer outro distúrbio mental e tratamento recente com neurolépticos ou antidepressivos.

A avaliação dos resultados foi feita através das seguintes escalas: (1) *Clinical Global Impression (CGI; Guy, 1976) Global Improvement* para a avaliação da percentagem de doentes que no final do estudo estavam muito melhorados ou melhorados; (2) *Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS; Liebowitz, 1987)* e (3) *Social Avoidance and Distress Scale (SAD; Watson & Friend, 1969)* para avaliação das mudanças nos sintomas de ansiedade social; (4) *Sheehan Disability Scale (SDS; Sheehan, 1984)* para avaliação da interferência dos sintomas na vida do indivíduo, nas áreas do trabalho, familiar e social. Os doentes foram avaliados nas semanas 1, 2, 3, 4, 6, 8, 12.

O estudo realizado nos USA (Stein *et al.*, 1998) envolveu 187 doentes que foram aleatoriamente distribuídos pela paroxetina (94) ou pelo o placebo (93), sendo de 36 anos a média das idades dos participantes. Os resultados são apresentados para 183 doentes (Paroxema = 91; Placebo = 92, dado que 4 doentes abandonaram antes do primeiro tempo de avaliação) e mostram que na avaliação pelo CGI no fim das 12 semanas de tratamento, 55% dos doentes que receberam paroxetina e 23.9% dos doentes que receberam placebo se apresentavam melhorados ou muito melhorados. Esta diferença significativa na proporção de indivíduos com resposta terapêutica positiva à paroxetina e ao placebo iniciou-se na 4^a semana e manteve-se até à 12^a semana. Em relação à diminuição dos sintomas de ansiedade social

[334] Capítulo 11

avaliados pela LSAS, os resultados mostram que a média da diminuição da pontuação total da LSAS entre o início e o fim do tratamento é, no grupo da paroxetina, duas vezes superior ao grupo do placebo (Paroxetina = -30.5+ e - 2.66; 39.1% de diminuição da média do total de pontuação do LSAS no início *versus* Placebo = -14.4+ e - 2.63; 17.4% de diminuição da média do total de pontuação do LSAS no início). A paroxetina mostrou-se também significativamente superior ao placebo na redução das pontuações das sub-escalas de ansiedade e evitamento do LSAS e do SAD. Em relação à avaliação da redução da interferência dos sintomas de ansiedade social na vida diária, avaliada pelo total da SDS, embora a redução dessa interferência entre o início e o fim do tratamento fosse maior no grupo da paroxetina (-1.00) que no grupo do placebo (-0.6) esta diferença não atingiu um nível de significância estatística. No entanto, na sub-escala de interferência na vida social a paroxetina mostrou-se, significativamente superior. A dose média diária de paroxetina às 12 semanas de tratamento foi de 36.6 mg. Em relação aos abandonos prematuros, a razão mais frequentemente apresentada foi, no grupo da paroxetina, (15%) os efeitos secundários da medicação e no grupo do placebo (11%) a falta de eficácia.

Estes resultados confirmam assim, num estudo duplamente cego e controlado pelo placebo, a eficácia terapêutica da paroxetina na fobia social generalizada e a sua boa tolerância. A metodologia utilizada, embora correcta para avaliação da eficácia terapêutica, não permite, no entanto, esclarecer completamente a questão de saber se os resultados terapêuticos positivos obtidos com a paroxetina na fobia social generalizada são manifestações secundárias do seu efeito antidepressivo ou se existe uma acção directa da paroxetina sobre os sintomas da fobia social. Este aspecto foi investigado no estudo de Baldwin e cols. (1999) que descreveremos a seguir.

Realizado na Europa e África do Sul, este estudo multicêntrico (Baldwin *et al.*, 1999), duplamente cego e controlado com placebo, utilizou uma metodologia, duração, critérios de inclusão e exclusão e avaliação da eficácia terapêutica semelhante ao estudo de Stein e cols. (1998), já acima descrito. Neste estudo foi ainda avaliada a existência, de sintomatologia depressiva através da Escala de Hamilton para a

[335] Tratamento Farmacológico da Fobia social

Depressão (Hamilton, 1960), e a sua variação ao longo do estudo. Dos 323 doentes que participaram no estudo, 33 foram excluídos após o período de uma semana em que os doentes tomavam placebo antes de serem distribuídos aleatoriamente pela paroxetina e pelo placebo. Os resultados são apresentados para 290 fóbicos sociais que foram distribuídos pela paroxetina (n=139) e pelo placebo (n=151). A dose média diária de paroxetina às 12 semanas de tratamento foi de 34.7 mg. Não houve diferenças significativas entre o número de abandonos no grupo da paroxetina, 35 (25%) e no grupo do placebo, 42 (28%).

A análise da eficácia terapêutica mostrou que na avaliação pelo CGI no fim das 12 semanas de tratamento, 65.7% dos doentes que receberam paroxetina e 32.4% dos doentes que receberam placebo se mostravam como melhorados ou muito melhorados. Em relação à diminuição dos sintomas de ansiedade social avaliados pela pontuação total do LSAS, os resultados mostraram que no início do tratamento os dois grupos apresentavam pontuação semelhantes (paroxetina 87.6, placebo 86.1) e que a média da diminuição da pontuação total da LSAS entre o início e o fim do tratamento é, no grupo da paroxetina, cerca de duas

vezes superior ao grupo do placebo (Paroxetina = $-29.4 \pm 2,80$ versus Placebo = -15.6 ± 2.70), sendo esta diferença estatisticamente significativa a partir da 4ª semana de tratamento.

A redução dos sintomas da fobia social avaliados pelo LSAS entre o início e o fim do tratamento é clinicamente relevante no grupo da paroxetina, dado que corresponde a uma diminuição de um nível severo de sintomatologia para um nível de sintomas ligeiros ou moderados. A paroxetina mostrou-se também significativamente superior ao placebo na redução das pontuações do SAD e do SDS. No SAD, a média da mudança entre o início e o fim do tratamento foi no grupo da paroxetina de $-7.2 (0.7)$ versus $-3.9 (0.7)$ no grupo do placebo. Na SDS, a média da mudança entre o início e o fim do tratamento era significativamente superior no grupo da paroxetina para as três sub-escalas da SDS - trabalho, vida familiar e vida social.

Finalmente, este estudo avaliou também o nível da sintomatologia no início e no fim do tratamento. A média da Escala de Depressão de Hamilton era no início do tratamento de 6.2 (3.6) no grupo da paroxetina e de 6.7 (3.6) no grupo do placebo, valores que

[336] Capítulo 11

diminuíram no fim do tratamento para 4.2 (4.3) e 6.5 (5.3) respectivamente. Uma análise da covariação dos valores do CGI e LSAS com os valores da Escala de Depressão de Hamilton mostrou que as mudanças terapêuticas medidas pelo CGI e LSAS eram independentes dos efeitos na sintomatologia depressiva, isto é, que a eficácia da paroxetina na diminuição da sintomatologia da fobia social era independente do seu efeito na sintomatologia depressiva.

No seu conjunto, os resultados destes dois grandes estudos multicêntricos, duplamente cegos e controlados pelo placebo realizados numa população clínica de fóbicos sociais, confirmam a eficácia da paroxetina no tratamento da fobia social. A sua eficácia é demonstrada não só pela diminuição da sintomatologia da fobia social avaliada pela LSAS, mas também na redução da incapacidade e interferência na vida diária (avaliada pelo SDS) provocada pela sintomatologia da fobia social.

Secundariamente, a elevada prevalência de outros distúrbios ansiosos e de depressão com a fobia social e a provada eficácia da paroxetina neste tipo de distúrbios, faz da paroxetina um fármaco de primeira linha no tratamento da fobia social generalizada. A paroxetina é, neste momento, o único SSRI que recebeu indicação para o tratamento da fobia social e em relação ao qual foi estabelecida uma dosagem recomendada: o tratamento deve iniciar-se com uma dose diária de 20 mg, com aumentos semanais de 10 mg até uma dose máxima de 50 mg diários, em função da resposta terapêutica e da tolerância, nos doentes que não mostram respostas terapêuticas com doses mais baixas. Os resultados dos estudos atrás apontados sugerem que a maioria dos doentes responde positivamente a doses entre os 20 e 40 mg, dia.

Fluoxetina

Quatro estudos não controlados investigaram a eficácia da fluoxetina na fobia social (Sternbach, 1990; Schneier *et al.*, 1992; Black *et al.*, 1992; Ameringen *et al.*, 1993). No seu

conjunto, os resultados obtidos nestes estudos sugerem que a fluoxetina é eficaz na fobia social.

[337] Tratamento Farmacológico da Fobia social

As taxas de resposta terapêutica positiva à fluoxetina variaram entre 58% e 77% em três dos estudos (Black & Uhde, 1992; Schneier *et al.*, 1992; Ameringen *et al.*, 1993). O estudo de Sternbach (1990) envolveu apenas dois doentes, tendo ambos sido considerados melhorados. No entanto, o reduzido número de doentes em todos estes estudos (inferior a 15), a elevada comorbilidade existente em algumas das amostras e a ausência de um grupo placebo de controlo, impede conclusões definitivas acerca da eficácia da fluoxetina na fobia social, embora os resultados sejam sugestivos da sua utilidade neste quadro clínico. Também acerca da dose mais adequada da fluoxetina no tratamento da fobia social, os resultados destes estudos são de difícil interpretação, pois as doses utilizadas variaram entre os 10 e os 100 mg. Em alguns estudos, doses de 20 a 40 mg foram suficientes para obtenção de resposta terapêutica.

Fluvoxamina

Vliet e cols. (1994), avaliaram num estudo controlado com placebo a eficácia da fluvoxamina na dose de 150 mg/dia, em 30 fóbicos sociais diagnosticados segundo os critérios da DSM-III-R, numa investigação de 12 semanas de duração. Os resultados foram avaliados através da *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS) e da *Hamilton Anxiety Scale*, tendo mostrado que, à 12ª semana, dos 28 doentes que completaram o estudo (15 no grupo da fluvoxamina e 13 no grupo placebo), 46% dos doentes medicados com fluvoxamina tinham uma resposta terapêutica positiva (redução superior a 50% na pontuação da escala de ansiedade da LSAS) contra 7% do grupo placebo.

Embora o número reduzido de doentes imponha algumas limitações nas conclusões a tirar deste estudo, a resposta terapêutica obtida é promissora se tivermos em conta que a resposta do grupo placebo foi consideravelmente mais baixa que em estudos anteriores da fobia social.

Um estudo recente em 92 fóbicos sociais, com uma metodologia de dupla ocultação e controlado com placebo e de 12 semanas de duração (Stein *et al.*, in press, citado em Westenberg, 1999), obteve

[338] Capítulo 11

resultados que apoiam a eficácia da fluvoxamina no tratamento da fobia social generalizada ao mostrar que à 12ª semana, 43% doentes do grupo da fluvoxamina se mostravam como melhorados ou muito melhorados na avaliação pelo CGI *Global Improvement* em comparação com 23% do grupo do placebo ($p < .05$). Também em relação à diminuição dos sintomas de ansiedade social avaliados pela pontuação total do LSAS, os resultados mostraram que a fluvoxamina era superior ao placebo com uma redução de 22.0 pontos na pontuação total do LSAS na 12ª semana de tratamento *versus* uma redução de 7.8 pontos no

grupo do placebo. Em relação aos abandonos durante o estudo, o grupo da fluvoxamina teve mais abandonos (12) devido a efeitos adversos que o grupo do placebo (4).

Estes resultados apoiam assim a eficácia da fluvoxamina no tratamento da fobia social e a sua inclusão entre os fármacos de primeira linha para o tratamento deste distúrbio.

Sertralina

Um estudo não controlado e um estudo duplamente cego controlado com placebo avaliaram a eficácia da sertralina na fobia social.

O estudo não controlado (Ameringen, 1994) envolveu 22 fóbicos sociais, medicados com doses de 100 a 200 mg/dia (dose média 147.5 mg). Dos 20 doentes que completaram 8 semanas de tratamento, 80% tiveram uma resposta terapêutica positiva e 20% não revelaram melhoras, quando avaliados pelo *Clinical Global Impression* (CGI).

O estudo controlado com placebo e com dupla ocultação de Katzelnick e cols. (1995), envolveu 12 fóbicos sociais, tendo-se verificado uma resposta positiva em 50% dos doentes medicados com sertralina (dose média 134 mg/dia), contra 9% dos doentes que tomaram placebo.

Também aqui, o reduzido número de doentes impõe cautelas no significado a atribuir a estes resultados positivos, que necessitarão de ser confirmados em futuros estudos com um número mais elevado de doentes.

[339] Tratamento Farmacológico da Fobia social

Benzodiazepinas

A utilização das benzodiazepinas no tratamento da fobia social obedece à mesma lógica da sua utilização no pânico e na ansiedade generalizada, onde se mostraram úteis. O alprazolam e o clonazepam, benzodiazepinas de alta potência, são os fármacos mais estudados deste grupo, embora outras benzodiazepinas como o bromazepam tenham também sido utilizadas.

Alprazolam

Dois estudos não controlados da utilização do alprazolam na fobia social obtiveram resultados positivos (Lydiard *et al.*, 1988; Reich and Yates, 1988).

Lydiard e cols. (1988) num estudo de caso avaliaram o efeito terapêutico do alprazolam em doses de 3 a 8 mg/dia, em 4 fóbicos sociais, tendo verificado que todos os doentes melhoraram clinicamente.

Reich e Yates (1988) obtiveram também resultados positivos em 14 dos 17 doentes medicados com alprazolam (dose média=2.9mg/ /dia), num estudo de oito semanas de duração.

Estes resultados positivos foram depois confirmados no estudo controlado de Gelernter e cols. (1991), já atrás descrito em pormenor, em que a eficácia terapêutica do alprazolam foi comparada com a fenelzina, a terapia cognitivo-comportamental em grupo e o placebo. O alprazolam (38% de doentes melhorados contra 69% no grupo da fenelzina,

24% no grupo da terapia cognitivo-comportamental e 20% no grupo placebo) mostrou-se menos eficaz que a fenelzina, e no seguimento (2 meses) após a suspensão da medicação, os doentes medicados com alprazolam tiveram taxas de recorrência superior à fenelzina e à terapia cognitivo-comportamental em grupo. Como foi já atrás apontado, o facto de todos os doentes terem recebido instruções para auto-exposição dificulta a interpretação dos resultados, não permitindo uma avaliação rigorosa do efeito farmacológico isolado do alprazolam.

[340] Capítulo 11

Clonazepam

Cinco estudos não controlados (Versiani *et al.*, 1989; Munjack *et al.*, 1990; Ontiveros & Fontaine, 1990; Reiter *et al.*, 1990; Davidson *et al.*, 1991) obtiveram resultados que apontam para a eficácia terapêutica do clonazepam na fobia social. Nestes estudos o clonazepam foi utilizado em doses, de 0.5 a 6 mg/dia, tendo em quatro deles sido utilizada uma dose média que variou entre 1.7 mg/dia (Reiter *et al.*, 1990) e 3.8 mg/dia (Versiani *et al.*, 1989). A maioria destes estudos não ultrapassou as 8 semanas de duração, mas o estudo de Davidson e cols. (1991), que envolveu 26 fóbicos sociais tratados por um período de 1 a 20 meses (média 11.3 meses), mostrou que o clonazepam (dose média=2.1) mantinha uma acção terapêutica continuada, com 84% dos doentes (22) a mostrarem-se melhorados ou muito melhorados. Em 20 dos doentes foi possível reduzir a dose do clonazepam ao longo do tempo sem perda de eficácia.

Estes resultados positivos foram confirmados num estudo duplamente cego com controlo placebo, de 10 semanas de duração e que envolveu 75 doentes (39 doentes no grupo do clonazepam e 36 no grupo placebo). O clonazepam foi utilizado em doses de 0.5 a 3mg/ /dia (dose média = 2.4 mg/dia). A avaliação do efeito terapêutico nos doentes que completaram o estudo (25% dos doentes em cada grupo abandonaram o estudo) foi realizada através das escalas CGI e da LSAS. Os resultados mostraram que 78% dos fóbicos sociais medicados com clonazepam tinham uma resposta terapêutica positiva, contra 20% do grupo placebo (Davidson *et al.*, 1993).

Bromazepam

Num pequeno estudo aberto envolvendo dez fóbicos sociais, Versiani e cols. (1989) utilizaram o Bromazepam (dose média= 26.4 mg/dia) por um período de 8 semanas de duração, tendo obtido resultados terapêuticos positivos.

No seu conjunto, os resultados obtidos nestes estudos sugerem que as benzodiazepinas são eficazes no tratamento a curto prazo da fobia social.

[341] Tratamento Farmacológico da Fobia social

No entanto, o facto de a maioria dos estudos obedecerem a uma metodologia de estudo aberto, a curta duração de alguns estudos e o reduzido número de doentes em muitos estudos impõe algus limitações às conclusões acerca da sua eficácia e do papel que dem ter

no tratamento da fobia social. A elevada taxa de recorrências verificada com o alprazolam aquando da suspensão da medicação (mesmo no estudo em que a sua utilização foi acompanhada de instruções para auto-exposição) e os efeitos terapêuticos pouco robustos obtidos no único estudo controlado da sua utilização (Gelernter *et al.*, 1991), necessitam de ser melhor esclarecidos em futuros estudos controlados.

Por outro lado, os resultados obtidos com o clonazepam são mais consistentes, sugerindo um efeito mais prolongado e uma menor taxa de recorrências quando a medicação é reduzida ou suspensa. No entanto, o facto de não possuir efeitos antidepressivos limita a sua utilização nos casos em que existe comorbilidade depressiva.

Antidepressivos Tricíclicos

Os dados relativos à eficácia dos antidepressivos tricíclicos no tratamento da fobia social são algo contraditórios. Indicações da sua pouca eficácia surgem de várias fontes. Autores que realizaram estudos abertos com IMAOs e benzodiazepinas relataram que muitos dos fóbicos sociais com resposta terapêutica positiva a estes medicamentos não tinham anteriormente obtido benefícios com antidepressivos tricíclicos como a imipramina (Liebowitz *et al.*, 1986) e a clomipramina (Versiani *et al.*, 1988). Do mesmo modo, foi a ausência de resposta à imipramina num doente que fazia crises de pânico em situações sociais, que levou Liebowitz e colaboradores a interessarem-se pela fobia social e a sugerir que os IMAO eram mais eficazes que os tricíclicos (imipramina) nos quadros clínicos em que existe uma sensibilidade interpessoal acentuada, como é o caso da fobia social e das depressões atípicas (Liebowitz *et al.*, 1984; Liebowitz *et al.*, 1985; Liebowitz *et al.*, 1996).

Também os efeitos secundários frequentes nos tricíclicos, como,

[342] Capítulo 11

tremor, boca seca e sudação, são especialmente mal tolerados pelos fóbicos sociais, dada a sua hipersensibilidade a este tipo de sintomas.

Por outro lado, Benca, Matuzas e Al-Sadir (1986) relataram dois casos de fobia social tratados com sucesso pela imipramina em doses de 250 mg/dia. Em relação à clomipramina não existem do nosso conhecimento estudos recentes da sua utilização na fobia social, e Beaumont (1977) e Pecknold e cols. (1982) obtiveram resultados pouco consistentes com a sua utilização em fóbicos sociais.

No seu conjunto, estes dados não apoiam a existência de uma eficácia clara dos tricíclicos na fobia social, embora não excluam a possibilidade de eles poderem ser úteis em alguns doentes.

Outros Fármacos

A eficácia terapêutica na fobia social da buspirona, um ansiolítico não benzodiazepínico e que não origina dependência física, foi estudada em quatro estudos (Clark & Agras, 1991; Munjack *et al.*, 1991; Schneier *et al.*, 1993; Vliet *et al.*, 1997).

Munjack e cols. (1991) realizaram um estudo piloto de 8 semanas de duração, em 17 doentes fóbicos sociais. Dos 11 doentes que completaram as oito semanas de tratamento

com uma dose média diária de 48 mg (35-60 mg), 4 avaliava-se como muito melhorados, 4 como moderadamente melhorados e 2 como ligeiramente melhorados.

Clark e Agras (1991) num estudo em dupla ocultação e controlado com placebo, compararam a eficácia da buspirona, da terapia cognitivo-comportamental e do placebo em 34 fóbicos sociais com ansiedade de desempenho (artistas musicais). O estudo teve uma duração de 6 semanas e a buspirona foi utilizada numa dose média diária de 32 mg (15-60 mg). A avaliação mostrou que a terapia cognitivo-comportamental era significativamente mais eficaz que a buspirona e o placebo, não havendo diferenças significativas entre estes dois últimos.

Schneier e cols. (1993) estudaram a eficácia da buspirona em 17 doentes, num estudo aberto de 12 semanas de duração. A avaliação dos resultados à 12^a semana através de CGI, mostrou que 8 dos 17 doentes (47%) estavam muito melhorados. Uma comparação *post hoc*

[343] Tratamento Farmacológico da Fobia social

dos doentes que tinham tido uma resposta terapêutica positiva com ao que não tiveram resposta terapêutica, mostrou que os primeiros tinham tomado uma dose média diária de 56.9 mg de buspirona contra 38.3 mg dos segundos. A percentagem de respostas positivas nos doentes que tomaram doses diárias iguais ou superiores a 45 mg foi de 67%.

Os resultados destes estudos são contraditórios, com um estudo aberto a sugerir que a buspirona é eficaz na fobia social (Schneier *et al.*, 1993), e um estudo controlado a não mostrar diferenças significativas entre a buspirona e o placebo (Clark & Agras, 1991). Um estudo recente controlado com placebo e com dupla ocultação, em 30 fóbicos sociais realizado por Vliet e cols. (1997) não encontrou diferenças entre a buspirona e o placebo em nenhuma das medidas utilizadas para a avaliação da eficácia terapêutica.

No seu conjunto estes resultados não apoiam a eficácia terapêutica da buspirona na fobia social.

Kelsey (1995) relatou os resultados de um estudo aberto em que a venlafaxina (dose média=146.5 mg/dia) foi utilizada em 9 doentes com fobia social do subtipo generalizado, num estudo de 12 semanas de duração. 8 dos 9 doentes revelaram melhoras significativas, avaliadas pela CGI e pela escala de fobia social do *Fear Questionnaire*; Mark, (1979). Embora estes resultados sugiram a eficácia da venlafaxina na fobia social, a existência de comorbilidade depressiva nos doentes da amostra, impõe algumas limitações nas conclusões a tirar acerca do efeito da venlafaxina na fobia social, que necessita de ser confirmada em futuros estudos controlados. A eficácia da venlafaxina foi também recentemente investigada por Vliet e cols. (1997) em 17 doentes com fobia social generalizada, num estudo aberto e não controlado, de 12 semanas de duração. 47% dos doentes mostravam uma melhoria clínica relevante no fim do estudo.

Estes estudos embora sugestivos duma possível eficácia da venlafaxina na fobia social, fornecem apenas dados circunstanciais e necessitam de ser confirmados em estudos controlados e que envolvam um número de doentes mais significativo.

No seu relato de um estudo de caso, Goldstein (1987) referiu os efeitos benéficos da clonidina na dose de 0.1 mg, duas vezes ao dia,

num fóbico social com ruborização severa, em que medicações prévias com fenelzina, propranolol e alprazolam não tinham originado benefícios terapêuticos. A possível utilidade da clonidina em fóbicos sociais com sintomas autonómicos severos, merece certamente ser mais explorada.

Também num estudo de caso, Emmanuel, Lydiard e Ballenger (1991), relataram um caso de fobia social tratado com sucesso com bupropin em doses de 300 mg/dia.

Condições da utilização dos psicofármacos na fobia social

Como em qualquer outro quadro clínico, a utilização dos psicofármacos na fobia social deve ser precedida de uma avaliação cuidadosa que permita caracterizar as dificuldades do doente e conduza a um diagnóstico adequado. Dado que mais de 50% dos fóbicos sociais que procuram tratamento apresentam outros distúrbios comórbidos, particular cuidado deve ser posto na identificação do distúrbio primário, na evolução cronológica das dificuldades do doente e na compreensão da forma como a fobia social e o distúrbio comórbido interagem. Este aspecto é importante pois influencia não só a escolha da medicação a utilizar como toda a estratégia terapêutica.

Um outro aspecto relevante é a identificação do subtipo de fobia social do doente.

Uma fobia social centrada na ansiedade de desempenho numa ou duas situações, com as quais o doente não tem que se confrontar regularmente, pode ser uma indicação para uma utilização do propranolol ou duma benzodiazepina numa base de "utilizar quando necessário".

Por outro lado, numa fobia social generalizada os beta-bloqueantes não serão úteis e a paroxetina ou um dos outros ISRS estão mais indicados. Aspectos como a tolerância do doente aos efeitos secundários dos diversos fármacos e a comorbilidade existente, influenciarão a escolha final da medicação. A sua boa tolerância e segurança, assim como a sua eficácia prolongada tomam a paroxetina um fármaco de primeira linha em muitos casos de fobia social generalizada.

[345] Tratamento Farmacológico da Fobia social

Nos casos em que o doente não obtiver uma resposta terapêutica positiva com a paroxetina ou outro ISRS há que colocar a hipótese de utilização da fenelzina, o que em Portugal se torna difícil por ter sido retirada do mercado. O clonazepam pode então ser considerado um medicamento de segunda linha, especialmente útil quando se pretende um efeito terapêutico rápido e se perspectiva uma curta duração da sua utilização. Utilizações prolongadas são uma contra-indicação para a utilização do clonazepam devido ao seu potencial para criar dependência, interação com o álcool e ausência de efeito antidepressivo.

Comorbilidade

A existência de comorbilidade pode influenciar a escolha do tratamento mais eficaz, mas há poucas indicações seguras em relação a este aspecto, pois a maioria dos estudos controlados procuraram excluir das suas amostras os fóbicos sociais com comorbilidade.

No entanto, alguns estudos abertos incluíram fóbicos sociais com comorbilidade, como o estudo de Carrasco e cols. (1992) que incluía doentes com distúrbio obsessivo-compulsivo em associação à fobia social, tendo os autores verificado que nestes doentes a resposta terapêutica obtida com a fenelzina era superior à obtida com a fluoxetina.

Quando a fobia social se desenvolve secundariamente a um distúrbio de pânico, é nossa impressão que um ISRS pode ser uma primeira escolha, embora Stein e cols. (1989) tenham também relatado bons resultados terapêuticos com a imipramina neste tipo de casos.

Em doentes com fobia social associada a distúrbio evitante de personalidade, Deltito e cols. (1986,1989) relataram efeitos terapêuticos positivos com a fenelzina e a fluoxetina, o que está de acordo com nossa experiência clínica de obtenção de resultados positivos com a fluoxetina neste tipo de doentes.

A associação entre fobia social e abuso ou dependência alcoólica é frequente, sendo uma contra-indicação para a utilização das benzodiazepinas

[346] Capítulo 11

que poderão ser substituídas pela paroxetina ou ISRS dada a sua baixa interação com o álcool. Também em doentes com um passado de abuso ou dependência alcoólica a utilização de benzodiazepinas é problemática, devido ao risco de desenvolvimento de situações de abuso ou dependência das benzodiazepinas. O estudo das funções hepáticas nestes doentes é imperioso, e a existência de lesão hepática impõe alguns cuidados na utilização dos ISRS, devido à sua potencial hepatotoxicidade.

Avaliação da resposta terapêutica

Na avaliação da resposta terapêutica à medicação instituída (avaliação do desconforto e evitamento das situações receadas), deve ser tido em conta que há diferenças na rapidez de acção entre os diversos fármacos que podem ser úteis na fobia social. Os estudos com a paroxetina sugerem que os efeitos terapêuticos se iniciam na 4ª semana de tratamento e que alguns doentes beneficiam de um aumento progressivo da dose (10 mg semanais) até um máximo de 40 a 50 mg por dia.

Na constatação de ausência de resposta terapêutica significativa após a medicação ter sido utilizada em doses adequadas e por um período de tempo suficiente, o clínico confronta-se com várias alternativas: (i) associar outro fármaco; (ii) experimentar uma medicação diferente; (iii) combinar a farmacoterapia com terapia cognitivo-comportamental.

A combinação de fármacos para obter potencialização do efeito terapêutico utiliza-se frequentemente quando a avaliação mostrou que existiram efeitos terapêuticos, mas que eles são insuficientes para permitir ao doente confrontar-se com as situações receadas. A associação dum benzodiazepina, da buspirona ou de um beta-bloqueante, consoante o tipo de dificuldades do doente, pode potencializar a acção dos ISRS.

Embora muitas vezes não seja possível compreender porquê, a realidade clínica mostra que muitas vezes um doente que não beneficia com um medicamento de primeira linha, pode responder

[347] Tratamento Farmacológico da Fobia social

muito positivamente a outro fármaco alternativo. Nesse sentido, é boa prática, tentar um fármaco de classe diferente, antes de concluir o doente não beneficia com a farmacoterapia.

A combinação da farmacoterapia com a terapia cognitivo-comportamental pode apresentar várias vantagens. A eficácia da terapia cognitivo-comportamental na fobia social, comprovado em estudos controlados com placebo (Clark & Agras, 1991; Heimberg *et al.*, 1990; Liebowitz & Heimberg, 1995), pode ser um complemento importante à medicação nos doentes com distúrbio de personalidade, ou que devido à cronicidade das suas dificuldades sociais desenvolveram acentuadas distorções cognitivas acerca da interação social, mantendo os evitamentos sociais e as dificuldades de integração apesar dos benefícios da medicação. Uma outra vantagem da combinação dos dois tratamentos é a durabilidade dos efeitos terapêuticos obtidos com a terapia cognitivo-comportamental, o que poderá diminuir a elevada percentagem de recorrências da farmacoterapia aquando da suspensão da medicação. Num estudo recente (Heimberg *et al.*, 1998; Liebowitz & Heimberg, 1996) compararam num estudo controlado a eficácia da terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCC), a fenelzina, o placebo e uma terapia educacional de suporte em grupo. O estudo foi delineado em três fases: uma primeira fase de tratamento de 12 semanas, seguida por uma fase de manutenção de 6 meses e uma última fase de seguimento sem medicação de 6 meses, para os indivíduos com resposta terapêutica. Os resultados mostraram que na primeira fase, quer a fenelzina quer a TCC se mostraram mais eficazes que o placebo e o grupo de controlo, com a fenelzina a mostrar uma acção mais rápida e maior eficácia em algumas medidas de avaliação. Durante o período de manutenção a fenelzina e a TCC mantiveram os ganhos terapêuticos, e na fase de seguimento os ganhos terapêuticos com a TCC mostraram-se mais duráveis, havendo significativamente menos recaídas nos doentes tratados com TCC que nos doentes que tomaram fenelzina (Liebowitz & Heimberg, 1996).

Embora não existam estudos que tenham avaliado o efeito da combinação de TCC com a farmacoterapia na fobia social, os resultados deste estudo sugerem que a sua combinação pode ser altamente vantajosa.

[348] Capítulo 11

Motivação do doente para a medicação

Muitos indivíduos com fobia social não procuram ajuda para as suas dificuldades e quando procuram tratamento é frequentemente por queixas relacionadas com distúrbios comórbidos. Frequentemente, o fóbico social encara as suas dificuldades como uma característica de personalidade ou timidez, mais do que o resultado de um distúrbio que pode ser tratado. Numa amostra de doentes de clínica geral, Bisserte e cols. (1996) verificaram que apenas 5% dos indivíduos com fobia social *pura* (sem comorbilidade)

procuraram ajuda por problemas psicológicos ou mencionaram as suas dificuldades sociais na consulta. Não será assim de estranhar que alguns doentes mostrem expectativas pouco positivas acerca dos benefícios que poderão obter com a medicação e revelem algum cepticismo em relação à proposta de uma medicação. A elucidação do doente acerca da natureza da fobia social, a explicação do papel da ansiedade na génese dos evitamentos sociais e o efeito que a medicação pode ter a esse nível, são aspectos importantes na motivação do doente para o tratamento. A sua obtenção é especialmente importante na fobia social, tendo em conta que se trata de um distúrbio crónico, que alguns dos medicamentos eficazes na fobia social não possuem uma acção terapêutica muito rápida e que o doente vai necessitar de realizar a medicação por um longo período de tempo. Sem uma adequada compreensão destes aspectos há fortes probabilidades de o fóxico social não manter o tratamento durante o tempo necessário para obter resultados positivos.

Relacionado com este aspecto, está a questão de quando descontinuar a medicação na fobia social. A elevada taxa de recorrências aquando da suspensão da medicação, mesmo após tratamentos prolongados com medicamentos como a fenelzina (50% após 9 meses de medicação; Leibowitz & Heimberg, 1995), e o moclobemide (88% após 2 anos de medicação; Versiani *et al.*, 1996), impõe que o clínico informe o doente e o prepare para um período prolongado de medicação. Em relação à paroxetina há poucos dados acerca da duração óptima do tratamento. Um estudo de Stein e cols. (1996) avaliou este aspecto ao estudar 16 de 23 fóxicos sociais que tinham tido obtido

[349] Tratamento Farmacológico da Fobia social

uma resposta positiva com a paroxetina, num estudo aberto de 11 semanas. Esses doentes entraram num período de seguimento e continuaram a receber paroxetina (n=8) ou placebo (n=8), durante mais 12 semanas. Durante este período de seguimento, cinco dos doentes que tinham passado a tomar placebo recaíram contra apenas uma recaída no grupo que continuou a tomar paroxetina. Este estudo sugere assim que o tratamento com a paroxetina deve ter uma duração prolongada.

Consoante a resposta clínica e a normalização da vida social do doente, poderão efectuar-se tentativas de redução progressiva da medicação após 12 meses de medicação com sucesso. Somos de parecer que o tratamento não deverá ter uma duração inferior a 12 meses, e que a decisão de suspensão da medicação deverá ser tomada caso a caso, após discussão com o doente dos benefícios e desvantagens que daí resultarão.

Tratamento da Fobia Social Secundária a outras Situações Médicas e Casos Especiais

As situações de ansiedade e desconforto em situações sociais que são secundárias a problemas físicos como tremor essencial, doença de Parkinson, desfiguração e gaguez, entre outras, são excluídas do diagnóstico de fobia social, segundo a DSM-IV. Independentemente da discussão acerca da validade deste critério de exclusão, levanta-se a questão de saber se estas fobias sociais secundárias obtêm benefícios com a farmacoterapia.

Oberlander, Liebowitz e Schneier (1994) obtiveram resultados terapêuticos positivos com a fenelzina em 8 doentes deste tipo. Curiosamente os autores referem que em

alguns doentes houve uma diminuição da ansiedade social, apesar do agravamento da sua doença médica devido aos efeitos secundários da fenelzina.

Um outro tipo de situação que alguns autores têm sugerido poder estar relacionada com a fobia social é o mutismo selectivo (Black & Uhde, 1992), tendo sido verificado que 70% dos familiares em primeiro grau das crianças com mutismo selectivo preenchiam as condições

[350] Capítulo 11

para um diagnóstico de fobia social (Black & Uhde, 1995) No seguimento dos resultados positivos obtidos num caso tratado com fluoxetina (Black & Uhde, 1992), os mesmos autores realizaram um estudo em dupla ocultação e controlado com placebo que envolveu 15 doentes com mutismo selectivo, em que avaliaram a eficácia da fluoxetina no tratamento desta situação. 4 dos 6 doentes tratados com fluoxetina tiveram melhoras significativas contra apenas 1 dos 9 doentes que receberam placebo (Black & Uhde, 1994).

Finalmente, há que ter em conta que a paruresa, quadro clínico caracterizado pela dificuldade em urinar na presença de outras pessoas em quartos de banho públicos, pode ser agravada por medicações que tenham efeitos anticolinérgicos. Hatterer e cols. (1990) verificaram que os doentes com este tipo de problema, agravavam as suas dificuldades quando medicados com fenelzina.

Conclusões

A presente revisão mostra que existe um conjunto de fármacos que se mostram úteis no tratamento da fobia social. A eficácia terapêutica dos IMAO (fenelzina), dos ISRS (paroxetina, fluvoxamina, e sertralina), das Benzodiazepinas de alta potência (clonazepam), foi comprovada em estudos controlados e manifesta-se não só ao nível da ansiedade e desconforto do fóbico social, mas também a nível dos seus evitamentos sociais.

Infelizmente, o efeito terapêutico obtido com alguns fármacos é pouco robusto e a elevadíssima taxa de recorrências aquando da suspensão da medicação, impedem uma satisfação excessiva com os resultados obtidos. A inexistência actual de um modelo biológico compreensivo para a fobia social é uma limitação a que futuras investigações deverão procurar responder. O facto de diferentes classes de fármacos, actuando a nível de diferentes sistemas neurotransmissores, se mostrarem eficazes na fobia social, sugere que vários temas biológicos poderão estar envolvidos na neurobiologia da fobia social, dificultando a elucidação dos mecanismos biológicos subjacentes à fobia social.

[351] Tratamento Farmacológico da Fobia social

No estado actual do conhecimento sobre o tratamento farmacológico da fobia social os inibidores selectivos da recaptção da serotonina são os produtos de primeira linha no tratamento da fobia social. Para além do seu efeito comprovado sobre os sintomas da fobia social, característica de possuírem um efeito antidepressivo, baixo potencial de interacção com o álcool, baixo potencial de desenvolvimento de dependência e elevada tolerância e segurança, são especialmente úteis no tratamento de um distúrbio como a fobia social, que

apresenta uma elevada comorbilidade com outros distúrbios ansiosos, depressivos e abuso de álcool e que dada a sua cronicidade exige um período de tratamento prolongado.

Entre estes, a paroxetina é o que mais consistentemente mostrou a sua eficácia em grandes estudos controlados obtendo resultados terapêuticos positivos que variam entre os 55% a 65.7% (estudos controlados) e 77% (estudo aberto), e o único ISRS para o qual estão estabelecidas dosagens recomendadas no tratamento da fobia social. A sua eficácia terapêutica manifesta-se não só a nível da diminuição da sintomatologia da fobia social, mas também a nível de uma diminuição das limitações e interferência na vida diária provocada pela fobia social.

Como produto de segunda linha o Clonazepam pode ser útil em algumas situações, quando se pretendem efeitos terapêuticos rápidos e não existe comorbilidade depressiva ou abuso de álcool. Nestes casos, o período da sua utilização não deve ser prolongado, devido ao seu potencial para o desenvolvimento de dependência.

Questões que necessitam de ser melhor esclarecidas em futuras investigações são: (i) por quanto tempo deve a medicação ser mantida para diminuir as recorrências; (ii) qual o efeito da combinação da terapia cognitivo-comportamental com a farmacoterapia na prevenção das altas taxas de recorrência dos sintomas quando a medicação é suspensa; (iii) utilidade diferencial de alguns fármacos consoante o subtipo de fobia social; (iv) influência da existência de comorbilidade na escolha da medicação mais eficaz.

Embora haja ainda um longo caminho a percorrer na procura de um tratamento mais eficaz para a fobia social, os importantes progressos obtidos na sua compreensão e tratamento ao longo dos últimos

[352] Capítulo 11

dez anos justificam, em nossa opinião, uma posição otimista. Os esforços de divulgação e informação acerca deste distúrbio ansioso entre os profissionais ligados à saúde, e os avanços actuais nas ajudas farmacológica e psicoterapêutica fazem-nos pensar que, no futuro, cada vez menos os fóbicos sociais terão que viver sozinhos as suas limitadoras dificuldades, como acontecia até há pouco tempo

Referências

Ameringen, M. V. van, Mancini, C., & Streiner, D. L. (1993). Fluoxetine efficacy in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 27-32.

Ameringen, M. V. van, Mancini, C., & Streiner, D. L. (1994). Sertraline in social phobia. *Journal Affective Disorders*, 31, 141-145.

Baldwin, D., Bobes, J., Stein, D. J., Scharwatcher, L., & Faure, M. (1999). Paroxetine in social phobia/social anxiety disorder: randomized, doubleblind, placebo-controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 175, 120-126.

Beaumont, G. (1977). A large open multicenter trial of clomipramine in the management of phobic disorders. *Journal of International Medical Research*, 5 (Suppl. 5), 116-129.

Benca, R., Matuzas, W. & Al-Sadir, J. (1986). Social phobia, MVP, and response to imipramine. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 6, 50-51.

- Bisserbe, J. C., Lépine, J-P., & GRP Group (1994). Moclobemide in Social Phobia: a pilot open study. *Clinical Neuropharmacology*, 17 (Suppl. 1), S88-S94.
- Black, B., & Uhde, T. W. (1992). Elective mutism as a variant of social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1090-1094.
- Black, B., & Uhde, T. W. (1994). Treatment of elective mutism with fluoxetine: a double-blind, placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1000-1006.
- Black, B., & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with elective mutism: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 847-856.
- Black, B., Uhde, T. W., & Tancer, M. E. (1992). Fluoxetine for the treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 12, 293-295.
- Carrasco, J. L., Hollander, E., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1992). Treatment outcome of obsessive-compulsive disorder with comorbid social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 387-392.
- Clark, D. B., & Agras, W. S. (1991). The assessment and treatment of performance anxiety in musicians. *American Journal of Psychiatry*, 148, 598-605.
- Clark, M. D., & Wells, A. (1995). A Cognitive Model of Social Phobia. In R. Heimberg,

[353] Tratamento Farmacológico da Fobia social

- M. Liebowitz, D. A. Hope and F. R. Schneier (Eds), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. Guilford Press, New York.
- Davidson, J. R. T., Ford, S. M., Smith, R. D., & Potts, N. L. S. (1991). Long-term treatment of social phobia with clonazepam. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52 (11, Suppl.), 16-20.
- Davidson, J. R. T., Potts, N. L. S., Richichi, E., Krishnan, K. R. R., Ford, S. M., Smith, R., & Wilson, W. H. (1993). Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13, 423-429.
- Davidson, J.R.T (1998). Pharmacotherapy of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, (suppl 17) 47-51.
- Deltito, J. A., Perugi, G. A. (1986). A case of social phobia with avoidant personality disorder treated with MAOI. *Compr. Psychiatry*, 27, 255-258.
- Deltito, J. A., Stam, M (1989). Psychopharmacology treatment of avoidant personality disorder. *Compr. Psychiatry*, 30, 498-504.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharmacological Bulletin*, 9, 13-28.
- Emmanuel, N. P., Lydiard, R. B., & Ballenger, J. C. (1991). Treatment of social phobia with bupropion. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 11, 276-277.
- Falloon, I. R., Lloyd, G. G., & Harpin, R. (1981). The treatment of social phobia: Real-life rehearsal with non-professional therapists. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 180-184.
- Gelernter, C. S., Uhde, T. W., Cimboic, P., Arnkoff, D. B., Vittone, B. J., Tancer, M. E., & Bartko, J. J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatments for social phobia: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 48, 938-945.

Goldstein, S. (1987). Treatment of social phobia with clonidine. *Biological Psychiatry*, 22, 369-372.

Gorman, J. M., Liebowitz, M. R., Fyer, A. J., Campeas, R., Klein, D. F. (1985). Treatment of social phobia with atenolol. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 5, 298-301.

Guy, W. (1976). *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology* (rev.). Rockville, MD: U.S. Department of Health, Education and Welfare.

Hamilton, M. (1959). The measurement of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.

Himillton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.

Hatterer, J. A., Gorman, J. M., Fyer, A. J., Campeas, R. B., Schneier, F. R., Hollander, E., Papp, L. A., & Liebowitz, M. R. (1990). Pharmacotherapy of four men with paruresis. *American Journal of Psychiatry*, 147, 109-111.

Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., Juster, H. R., Campeas, R., Bruch, M. A., Cloitre, M., Fallen, B., Klein, D. F. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs

[354] Capítulo 11

phenlazine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55, 11133-11141.

Katschnig, H., Stein, M. B., & Buller, R. (The international multicenter clinical trial group on moclobemide in social phobia) (1997). Moclobemide in social phobia: a double-blind, placebo-controlled clinical study. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 247, 71-80.

Katzelnick, D. J., Kobak, K. A., Greist, J. H., Jefferson, J. W., Mantle, J. M., Serlin, R. C. (1995). Sertraline in social phobia: a double blind, placebo controlled crossover study. *American Journal of Psychiatry*, 152,1368-1371.

Kelsey, J. E. (1995). Venlafaxina in Social Phobia. *Psychopharmacology Bulletin*, 31, 767-771.

Liebowitz, M. R., & Heimberg, R. G. (1996). Issues in the design of trials for the evaluation of psychopharmacological treatments for social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (suppl.3), 49-53.

Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.

Liebowitz, M. R., & Marshall, R. D. (1995). Pharmacological Treatments: Clinical Applications. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope and F. R. Schneier (Eds), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. Guilford Press, New York.

Liebowitz, M. R., Fyer, A. J., Gorman, J. M., Campeas, R., & Levin, A. (1986). Phenelzine in social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 6, 93-98.

Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J., & Klein, A. F. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 729-736.

Liebowitz, M. R., Quitkin, F. M., Steward, J. W., McGrath, P. J., Harrison, W., Rabkin, J., Tricamo, E., Markowitz, J. S., & Klein, D. F. (1984). Phenelzine versus imipramine in atypical depression: A preliminary report. *Archives of General Psychiatry*, 44, 669-677.

Liebowitz, M. R., Schneier, F. R., Campeas, R., Hollander, E., Hatterer, J., Fyer, A., Gorman, J., Papp, L., Davies, S., Gully, R., & Klein, D. F. (1992). Phenelzine vs atenolol in

social phobia: A placebo-controlled comparison *Archives of General Psychiatry*, 49, 290-300.

Lydiard, R. B., Laraia, M. T., Howell, E. F., & Ballenger, J. C. (1988). Alprazolam in the treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49, 17-19.

Mancini, C., & Ameringen, M. V. (1996). Paroxetine in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 519-522.

Marks, L. M., & Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.

Munjack, D. J., Baltazar, P. L., Bohn, P. B., Cabe, D. D., & Appleton, A. A. (1990). Clonazepam in the treatment of social phobia: A pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51 (Suppl. 5), 35-40.

Munjack, D. J., Burns, J., Baltazar, P. L., Brown, R., Leonard, M., Nagy, R., Koek,

[355] Tratamento Farmacológico da Fobia social

R. Crocker, B., & Schafer, S. (1991). A pilot study of buspirone in the treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 87-98.

Noyes, R. Jr., Moroz, G., Davidson, J.R., Liebowitz, M. R., Davidson, A., Siegel, J., Bell, J., Cain, J. W., Curlik, S. M., Kent, T. A., Lydiard, R. B., Mallinger, A. G., Pollack, M. H., Rapaport, M., Rasmussen, S. A., Hedges, D., Schweizer, E., & Uhlenhuth, E. H. (1997). Moclobenide in social phobia: a controlled dose-response trial. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 17, 247-254.

Nutt, D., & Montgomery, S. A. (1996). Moclobemide in the treatment of social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (suppl. 3), 77-82.

Oberlander, E., Liebowitz, M. R., & Schneier, F. R. (1994). Physical disability and social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 14, 136-143.

Ontiveros, A., & Fontaine, R. (1990). Social phobia and clonazepam. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 439-441.

Pecknold, J. C., McClure, D. J., Appeltauer, L., Allan, T., & Wrzesinski, L. (1982). Does tryptophan potentiate clomipramine in the treatment of agoraphobia and social phobic patients? *British Journal of Psychiatry*, 140, 48-49.

Pollack, M. H., Gould, R. A. (1996). The pharmacotherapy of social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (suppl. 3), 71-75.

Potts, N. L. S., & Davidson, J. R. T. (1995). Pharmacological Treatments: Literature Review. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope and F. R. Schneier (Eds), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. Guilford Press, New York.

Reich, J., & Yates, W. (1988). A pilot study of treatment of social phobia with alprazolam. *American Journal of Psychiatry*, 145, 590-594.

Reiter, S. R., Pollack, M. H., Rosenbaum, J. F., & Cohen, L. S. (1990). Clonazepam for the treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 470-472.

Ringold, A. L. (1994). Paroxetine efficacy in social phobia [letter]. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 363-364.

Schneier, F. R., Chin, S. J., Hollander, E., & Liebowitz, M. R. (1992). Fluoxetine in social phobia [Letter to the editor]. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 12, 62-63.

- Schneier, F. R., Goetz, D., Campeas, R., Fallen, B., Marshall, R., & Liebowitz, M. R. (1998). Placebo-controlled trial of moclobemide in social phobia. *British Journal of Psychiatry*, *172*, 70-77.
- Schneier, F. R., Saoud, J. B., Campeãs, R., Falloon, B., Hollander, E., Co-plan, J., & Liebowitz, M. R. (1993). Buspirone in social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *13*, 251-256.
- Sheehan, D. (1984). *The anxiety disease*. New York: Scribner.
- Stein, M. B., Shea, C. A., & Uhde, T. W. (1989). Social phobic symptoms in patients with panic disorder: practical and theoretical considerations. *American Journal of Psychiatry*, *146*, 235-238.

[356] Capítulo 11

- Stein, M. B., Chartier, M. J., Hazen, A. L., Kroft, C. D., Chale, R. A., & Walker, J. R. (1996). Paroxetine in the treatment of generalised social phobia: openlabel treatment and double-blind placebo-controlled discontinuation. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *16*, 218-222.
- Stein, M. B., Liebowitz, M. R., Lydiard, R. B., Pitts, C. D., Bushnell, W., & Gergel, I. (1998). Paroxetine treatment of generalised social phobia (social anxiety disorder): a randomized controlled trial. *JAMA*, *280*, 708-713.
- Stein, M. B., Fyer, A. J., Davidson, J. R. T., & Pollack, M. H. (in press). Fluvoxamine treatment of social phobia: a doubleblind, placebo-controll study. *American Journal of Psychiatry*.
- Sternbach, H. (1990). Fluoxetine treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *10*, 230-231.
- Turner, S. M., Biedel, D., & Jacob, R. G. (1994) Social phobia: A comparison of behavior therapy and atenolol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*, 350-358.
- Versiani, M., Mundim, F. D., Nardi, A. E., & Liebowitz, M. R. (1988). Tranylcypromine in social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *8*, 279-282.
- Versiani, M., Nardi, A. E., & Mundim, F. D. (1989). Fobia social. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *38*, 251-263.
- Versiani, M., Nardi, A. E., Mundim, F. D., Alves, A. B., Liebowitz, M. R. Amrein, R. (1992). Pharmacotherapy of social phobia: a controlled study with moclobemide and phenelzine. *British Journal of Psychiatry*, *161*, 353-360.
- Versiani, M., Nardi, A. E., Mundim, E D., Pinto, S., Saboya, E., & Kovacs, R. (1996). The long-term treatment of social phobia with moclobemide. *International Clinical Psychopharmacology*, *11* (suppl.3), 83-88.
- Vliet, I. M. van, & Westenberg, H. G. (1999). Pharmacotherapy of social anxiety disorder. In H. G. M. Westenberg & J. A. den Boer (Eds.), *Social Anxiety Disorder*. Amsterdam:Syn-Thesis.
- Vliet, I. M., van, Boer, den, J. A., & Westenberg, H. G. (1994). Psychopharmacological treatment of social phobia: a double blind placebo controlled study with fluvoxamine. *Psychopharmacology*, *2*, 21-29.

Vliet, I. M., van, Boer, den, J. A., & Westenberg, H. G., & Pian, K. L. (1997). Clinical effects of buspirone in social phobia: a double blind placebocontrolled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 164-168.

Vliet, I. M., van, Boer, den, J. A., Westenberg, H. G. (1992). Psychopharmacological treatment of social phobia: clinical and biochemical effects of brofaromine, a selective MAO-A inhibitor. *European Neuropsychopharmacology*, 2, 21-29.

Vliet, I. M., van, Westenberg, H. G. M., & Megen, H. J. M., van (1997). Clinical effects of venlafaxine in social phobia. *European Neurosychopharmacology*, 8 (suppl 2), S258.

Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.

[357] Tratamento Farmacológico da Fobia social

Westenberg, H. G. M. (1999). Selective serotonin reuptake inhibitors in social anxiety disorder. In H. G. M. Westenberg & J. A. den Boer (Eds.), *Social Anxiety Disorder*. Amsterdam:Syn-thesis.

[358]

[359]

Capítulo 12

Fobia Social na Infância e Adolescência: diagnóstico, avaliação e tratamento

Marina Cunha e Maria do Céu Salvador

Introdução

Com a publicação do DSM-III (APA, 1980) os distúrbios ansiosos específicos da infância ou adolescência aparecem, pela primeira vez, na nomenclatura psiquiátrica o que contribuiu em parte, para um desenvolvimento da pesquisa nesta área. Não obstante a crescente atenção e investigação originadas, a informação e compreensão clínica dos distúrbios ansiosos e, em particular, do distúrbio de ansiedade social ou fobia social em crianças e adolescentes permanecem, ainda, limitadas. É maior a disponibilidade de dados empíricos sobre a ansiedade social e medos subclínicos, nas crianças e adolescentes da população geral, do que sobre os problemas de ansiedade social em amostras clínicas.

As preocupações, medos e ansiedade ao longo da infância e adolescência têm sido, desde há longa data, objecto de interesse e investigação verificando-se que o seu aparecimento e resolução são parte de um processo de desenvolvimento normal (Fonseca, 1993; Johnson & Melamed, 1979; King, Hamilton, & Ollendick, 1988; Morris & Kratochwill 1991). São medos tipicamente relacionados com a idade, de natureza transitória e de curta duração, variando em intensidade na mesma criança, de uma criança para a outra. Contudo, no caso das crianças e adolescentes considerados socialmente ansiosos,

estes medos têm mostrado interferir negativamente no seu desenvolvimento impedindo um crescimento e desenvolvimento harmonioso (Inderbitzen-Pisaruk, Clark, & Solano, 1992; Kendall, *et al.*, 1991; Vernberg, *et al.*, 1992).

Uma revisão da literatura sobre os medos e preocupações específicas deste período de vida tem mostrado, consistentemente, que as preocupações sociais são um domínio expressivo de ansiedade, que surge nos primeiros anos de escolaridade e persiste até à adolescência. Por outro lado, como será desenvolvido mais à frente, o conceito de ansiedade social está estreitamente relacionado com outros distúrbios de ansiedade, o que reforça, uma vez mais, a importância do estudo deste fenómeno ligado à infância e adolescência.

Neste capítulo são revistas questões relativas ao diagnóstico, avaliação e tratamento da fobia social em crianças e adolescentes. Começaremos por fazer uma breve referência aos aspectos normativos e desenvolvimentais dos medos procurando distinguir estes dos medos ou ansiedade patológica. A evolução dos critérios de diagnóstico da fobia social aplicado à infância e adolescência, prevalência, manifestações clínicas e interferência desta perturbação na vida da criança ou do jovem são tópicos que serão desenvolvidos. Ainda, o problema da comorbilidade da fobia social com outros distúrbios e a relevância clínica do diagnóstico diferencial serão outros aspectos focados.

Na área da avaliação clínica da fobia social, são apontados os principais métodos e estratégias utilizados com crianças e adolescentes, com o objectivo de facilitar e otimizar a delineação do plano terapêutico.

Finalmente, no tratamento da fobia social serão abordadas as estratégias terapêuticas que resultam, quer de uma revisão da literatura sobre distúrbios ansiosos e fobia social na infância e adolescência, quer duma reflexão acerca da nossa própria experiência clínica com crianças e adolescentes com distúrbio de ansiedade social.

Considerações Normativas e Desenvolvimentais

Apesar de esperados e considerados normais, os medos vão sofrendo mudanças quer quantitativas quer qualitativas ao longo da infância e adolescência.

[361] Fobia Social na Infância e Adolescência

De uma forma geral, as investigações sugerem uma diminuição (não linear) do número de medos com a idade (Fonseca, 1993; Kendall *et al.*, 1991; King, Hamilton & Ollendick, 1988; Ollendick, Matson, & Helsel, 1985). É, pois, habitual as crianças pequenas apresentarem um número relativamente grande de medos subclínicos enquanto as crianças mais velhas e adolescentes tendem a referir menos medos. Relativamente a diferenças na distribuição por sexo, parece verificar-se que há uma maior prevalência de medos nas raparigas (Fonseca, 1993; Morris, & Kratochwill, 1991; Ollendick, Matson, & Helsel, 1985). Para além de mudanças no número de medos, os dados normativos sugerem que o conteúdo dos medos infantis vai também mudando ao longo do tempo acompanhando a experiência da criança e a sua crescente percepção da realidade. Estes medos evoluem de

conteúdos globais, imaginários e incontroláveis (por exemplo, monstros, escuro), para conteúdos mais específicos, diferenciados e realistas (por exemplo, rejeição social, insucesso escolar) (Kendall *et al.*, 1991). Apesar destes factores (nível de desenvolvimento e sexo) parecerem determinar alguns padrões no conteúdo e no número de medos, temos ainda a considerar a existência de diferenças individuais (temperamento, contexto, experiências prévias, etc.) e variáveis culturais (Fonseca, 1993; Ingman, Ollendick, & Akande, 1999). A consideração destes dados pode ser útil para a determinação de quando um medo é normal ou patológico e, conseqüentemente, de quando uma intervenção é necessária.

Assim, no quadro evolutivo habitual dos medos, enquanto as crianças mais novas ficam frequentemente receosas perante pessoas estranhas e uma possível separação ou afastamento daqueles em quem confiam, as mais velhas e adolescentes tendem, duma forma geral, a focar os seus medos em situações de avaliação social (como, por exemplo, testes ou provas na escola, desempenho escolar, aparência física, competências sociais, etc.) (Graziano, DeGiovanni, & Garcia, 1979). Na sequência normal do desenvolvimento, o embaraço social meça a emergir nos últimos anos da infância e nos primeiros anos da adolescência. Neste período, a criança vai tendo cada vez mais capacidades para compreender a complexidade da interacção social, bem como a capacidade de pensar sobre si mesma, enquanto objecto

[362] Capítulo 12

social, vai sendo cada vez mais desenvolvida, tomando-se, assim, capaz de reear a avaliação negativa dos outros. A adolescência é frequentemente apontada, pela maioria das pessoas, como o período de vida mais difícil em termos de experiência de ansiedade social. Não apenas os adolescentes são particularmente propensos a sentimentos de ansiedade social, mas também as pessoas a quem é diagnosticado uma fobia social apontam o início dos seus problemas na adolescência (Amies, Gelder, & Shaw, 1983; Scholing & Emmelkamp, 1990; Turner, Beidel, & Larkin, 1986). Por outro lado, as pessoas referem mais episódios de embaraço durante a adolescência que em qualquer outro período de vida (Edelmann, 1987, Horowitz, 1962 *in* Leary & Kowalsky, 1995). Este aumento de ansiedade social na adolescência é facilmente explicado se tivermos em conta algumas características próprias deste período. Se ao longo da infância a integração social e adaptação da criança à escola desempenham uma papel importante no desenvolvimento global, na adolescência esta aceitação dos grupos de pares toma-se, ainda, mais importante. Como vários autores têm observado, a adolescência é caracterizada pela procura constante dum lugar próprio no sistema social fora da família. Uma vez que a aceitação dos pares depende da forma particular como o indivíduo é percebido, a adolescência é o período no qual as pessoas se tomam, pela primeira vez, seriamente conscientes da importância das impressões que podem causar nos outros. Simultaneamente, os adolescentes são confrontados com uma série de situações novas e desempenho de novos papéis que, compreensivelmente, os deixam inseguros diminuindo, por sua vez, a sua confiança em conseguir causar a impressão desejada. Por outro lado, a experiência de muitas destas situações novas desenrola-se, pela primeira vez, sem o acompanhamento dos pais ou o apoio de outros adultos. Ainda a acrescentar que as rápidas transformações corporais contribuem também

para a incerteza e insegurança do adolescente. Paralelamente a estas mudanças, os pais e colegas tomam-se muito mais intolerantes perante comportamentos menos adequados ou erros dos adolescentes, aumentando, assim, a probabilidade de serem criticados ou ridicularizados. Não é, pois, de admirar que a adolescência apareça como um período de vida especialmente relevante para o aparecimento de ansiedade social.

[363] Fobia Social na Infância e Adolescência

Consequências do Distúrbio de Ansiedade Social na Infância e Adolescência

Uma das principais tarefas da infância e adolescência é aprender a interagir socialmente com as outras pessoas. Assim, é natural que as crianças sintam alguma ansiedade durante este processo de aprendizagem e domínio de tarefas e competências sociais. Neste sentido, tal como a maioria dos medos da infância e adolescência, a experiência de ansiedade social pode ser considerada normal enquanto transitória (associada a determinadas características cognitivas, emocionais, comportamentais e sociais dum período específico) e não impeditiva de um bom funcionamento da criança. Contudo, na presença da ansiedade social patológica ou Fobia Social, a ansiedade e o sofrimento sentidos persistem, não se dissipando com o tempo e com a experiência adquirida, e são de tal forma intensos que acabam por ter um impacto negativo na vida da criança, limitando o seu ajustamento e funcionamento do dia a dia.

Alguns estudos têm mostrado que as crianças ansiosas são geralmente identificadas pelos professores como sendo menos alegres que os pares não-ansiosos, e como sendo menos bem vistas ou apreciadas pelos colegas (Parker & Asher, 1987; Strauss, Frame & Forehand, 1987 *in* Kendall *et al.*, 1991).

Relativamente à ansiedade social na infância, a investigação tem sugerido que esta pode interferir no desenvolvimento de aptidões sociais adequadas e no estabelecimento de amigos, resultando num aumento da auto-avaliação negativa (Rubin, LeMare, & Lollis, 1990). Por outro lado, como a característica principal da fobia social é o medo de avaliação, no caso das crianças em idade escolar esta situação pode ser particularmente prejudicial, já que as crianças fóbicas sociais apresentam uma baixa percepção das suas capacidades cognitivas e elevados níveis de ansiedade nas situações de testes e actividades escolares (por exemplo, ler em voz alta, ir ao quadro, responder a uma pergunta perante a turma). Estas dificuldades podem traduzir-se na diminuição do rendimento escolar esperado e, até mesmo, numa recusa em ir à escola (Montgomery, 1995). Da mesma forma, quando se inicia na adolescência, o distúrbio tende a originar uma

[364] Capítulo 12

diminuição no desempenho social e académico (APA, 1994). Em ambas as fases, o indivíduo pode tomar-se socialmente isolado ainda antes de ter desenvolvido aptidões sociais e interpessoais importantes. Como resultado do evitamento dum grande variedade de situações sociais, as crianças e jovens com fobia social apresentam dificuldades persistentes no funcionamento do dia-a-dia e uma redução das actividades normais (Francis, 1990). Diversos estudos têm reconhecido a importância da qualidade das relações das

crianças com os pares para o seu desenvolvimento e bem-estar emocional (Parker & Asher, 1987). Os resultados têm consistentemente mostrado, que as crianças com uma socialização pobre correm um risco maior de se tomarem adolescentes ou adultos com problemas de ajustamento social (Parker & Asher, 1987; La Greca & Stone, 1993).

Ainda relativamente ao grau de invalidação provocado pela Fobia Social na infância e adolescência, há a referir o problema da comorbilidade, isto é, o desenvolvimento concomitante de outros distúrbios psiquiátricos ou problemas. Por exemplo, depressão, recusa em ir à escola (fobia escolar) e mutismo selectivo são complicações habituais associadas ao diagnóstico de fobia social na infância ou adolescência. Situações de abuso de álcool são, também, frequentes em adolescentes com ansiedade social elevada. Kushner e Sher (1993, *in* Burke & Stephens, 1999) administraram o *Diagnostic Interview Schedule* a 489 estudantes pré-universitários e verificaram que a fobia social aumentava consideravelmente o risco da existência concomitante do diagnóstico de um distúrbio de abuso ou dependência de álcool. Burke e Stephens (1999) encontraram resultados semelhantes no estudo realizado, também, com uma amostra de estudantes pré-universitários. Os dados indicaram uma relação estreita entre ansiedade social (características de ansiedade social avaliadas por questionários de auto-resposta) e hábitos excessivos de bebida, sendo esta associação moderada pelas expectativas do álcool e crenças de auto-eficácia relativas a situações de ansiedade social (Burke & Stephens, 1999).

[365] Fobia Social na Infância e Adolescência

Evolução dos Critérios de Diagnóstico

Embora o diagnóstico de Fobia Social, enquanto entidade clínica autónoma, apareça pela primeira vez referido em 1980 no DSM-III (APA, 1980), só em 1987, quando é publicada a 3ª edição revista (DSM-III-R; APA, 1987), se estende também à infância ou adolescência. Não iremos aqui descrever a evolução dos critérios de classificação da fobia social, uma vez que já foram objecto de análise em outro capítulo (ver cap. 1), pelo que faremos uma breve referência, apenas, aos aspectos específicos da infância e adolescência.

Segundo o DSM-III-R (APA, 1987) a classificação de Fobia Social alarga-se a crianças e adolescentes acrescentando somente o diagnóstico do Distúrbio Evitante da Infância e Adolescência como critério de exclusão (Critério G: *Se o indivíduo tem menos de 18 anos, a perturbação não preenche os critérios para Perturbação Evitante da Infância e Adolescência*). Contudo, não são especificados outros aspectos clínicos relevantes da infância ou adolescência. Por outro lado, ao analisar os distúrbios ansiosos específicos da infância e adolescência, estabelecidos por este sistema de classificação, verifica-se uma grande sobreposição entre alguns destes diagnósticos (nomeadamente, o Distúrbio de Hiperansiedade e o Distúrbio Evitante) e a Fobia Social.

Só mais tarde, com a publicação do DSM-IV (APA, 1994), onde são apurados e refinados os critérios de classificação dos distúrbios ansiosos da infância e adolescência, é possível um melhor esclarecimento do diagnóstico de Fobia Social neste período de vida. O Distúrbio Evitante desaparece da nomenclatura diagnóstica dada a grande sobreposição com a Fobia Social. Por sua vez, o Distúrbio de Hiperansiedade, muito frequente na infância, e associado também a aspectos de ansiedade social, é retirado e amplamente incluído no

Distúrbio de Ansiedade Generalizada. Relativamente ao diagnóstico de Fobia Social, as principais modificações introduzidas pelo DSM-IV são: i) o desaparecimento do Distúrbio Evitante da Infância e Adolescência como critério de exclusão; ii) a referência a manifestações clínicas próprias da infância; e, ainda, iii) a inclusão do critério de duração do distúrbio de, pelo menos, 6 meses no caso de indivíduos com menos de 18 anos.

Assim, para estabelecer o diagnóstico de distúrbio de ansiedade social na infância ou adolescência, segundo os critérios do DSM-IV, há que ter em conta parâmetros específicos deste período de vida, diferentes, pois, daqueles que são habitualmente considerados para o adulto.

[366] Capítulo 12

Em primeiro lugar, é especialmente relevante ter em conta os processos desenvolvimentais já que o tipo de interações sociais em que as crianças se envolvem é diferente das interações sociais do adulto. Por outro lado, a compreensão que as crianças têm das suas dificuldades sociais é mais limitada, dadas as suas próprias capacidades cognitivas, que a percepção que o adulto tem do seu distúrbio. Um requisito fundamental para o diagnóstico de ansiedade social em que crianças e adolescentes é estas manifestarem previamente uma capacidade, apropriada para a idade, de relacionamento com pessoas familiares ou conhecidas. Esta condição poderá, à partida, ajudar a excluir a possibilidade do diagnóstico de distúrbio do desenvolvimento. É também importante verificar que a ansiedade social ocorre em contextos com os pares, colegas da mesma idade, e não apenas em interações com os adultos, como acontece, por vezes, no caso de crianças tímidas e inibidas. Apesar do reconhecimento da natureza excessiva ou não razoável da ansiedade social ser um critério importante para o diagnóstico do distúrbio no adulto, no caso das crianças este reconhecimento pode estar ausente. Na infância e adolescência, a duração dos sintomas (pelo menos 6 meses) é outro aspecto fundamental para distinguir um distúrbio psicológico da timidez e medos avaliativos transitórios e típicos deste período de desenvolvimento. Os sintomas de ansiedade social apontados pelo DSM-IV, no caso de crianças e adolescentes, podem ser choro, birras, agarrar ou ficar junto dum pessoa conhecida, inibição comportamental que pode chegar até ao mutismo, e recusa à escola.

Com as alterações introduzidas pelo DSM-IV na classificação do Distúrbio de Ansiedade Social ou Fobia Social espera-se, assim, que este diagnóstico passe a representar um distúrbio clínico próprio, também, da infância e adolescência e não traduza apenas aspectos do fenómeno de ansiedade social comórbidos a outras categorias, como acontecia nas versões anteriores do DSM.

Estas mudanças nos critérios de diagnóstico clínico expressas nas várias versões do DSM vão necessariamente reflectir-se nos es dos de prevalência dos distúrbios clínicos, onde muitas vezes a paridade de dados encontrada pode ser explicada pela utilização sistemas de classificação diferentes e de amostras heterogéneas.

[367] Fobia Social na Infância e Adolescência

Estudos de Frequência dos Distúrbios Ansiosos

Se por um lado os distúrbios ansiosos são os mais comuns entre as categorias de perturbações psiquiátricas na juventude, e a principal razão para a identificação e indicação de crianças e adolescentes para os serviços de saúde mental (Beidel, 1991b), por outro, existe, ainda, pouca informação na literatura acerca da prevalência destes distúrbios. Também, no caso da fobia social na infância e adolescência, os estudos são poucos e inconclusivos (Albano, DiBartolo, Heimberg, & Barlow, 1995; Francis & Radka, 1995; Kaminer & Stein, 1999).

No Quadro 1 estão referidos alguns dos estudos mais significativos, que embora realizados em amostras diferentes, da comunidade

Quadro 1. Estudos de prevalência dos distúrbios ansiosos na infância e adolescência

ESTUDOS

Kashani et al., (1990)

Amostra

Cr. Da pop. Geral (8, 12 e 17 anos) (n=210)

Ans. Separação

12.9%

Hiper-ansiedade

12.4%

Fobia Simples

3.3%

Fobia Social

1.1%

Distúrbio Evitamento

ESTUDOS

* Anderson et al. (1987)

Amostra

Cr. da pop. Geral (=11 anos) (n=729)

Ans. Separação

3.5%

Hiper-ansiedade

2.9%

Fobia Simples

2.4%

Fobia Social

1.0%

Distúrbio Evitamento

ESTUDOS

* McGee et al. (1990)

Amostra

Cr. da pop. geral (15 anos) (n=729)

Ans. Separação

2.0%
Hiper-ansiedade
5.9%
Fobia Simples
3.6%
Fobia Social
1.1%
Distúrbio Evitamento

ESTUDOS

Last et al. (1987)
Amostra
Cr. c/ Dist. Ansiedade
Ans. Separação
33%
Hiper-ansiedade
15%
Fobia Simples
Fobia Social
15%
Distúrbio Evitamento

ESTUDOS

Beitchman et al. (1986)
Amostra
Cr. pré-escolares c/ Dist. Linguagem
Ans. Separação
Hiper-ansiedade
Fobia Simples
Fobia Social
Distúrbio Evitamento
3.7%

ESTUDOS

Costello (1989)
Amostra
Cr. doentes pediátricos
Ans. Separação
Hiper-ansiedade
4.6%
Fobia Simples
Fobia Social
1.0%
Distúrbio Evitamento
1.6%

ESTUDOS

Cantwell et al., (1987)

Amostra

Cr. pré-escolares c/ Dist. Linguagem

Ans. Separação

Hiper-ansiedade

2.0%

Fobia Simples

Fobia Social

Distúrbio Evitamento

4.3%

* Estudo longitudinal conduzido na Nova Zelândia

[368] Capítulo 12

e clínicas, indicam as frequências encontradas para os diversos distúrbios ansiosos na infância e adolescência.

Kashani & Orvaschel (1990) encontraram no seu estudo demiológico transversal, realizado numa amostra de crianças e adolescentes com 8, 12 e 17 anos de idade, que 21% dos sujeitos desta amostra referiam sintomas consistentes com o diagnóstico dum distúrbio de ansiedade. Entre estes, foram encontradas taxas de prevalência de, respectivamente, de 12.9% e 12.4% para os distúrbios de Ansiedade de Separação e Ansiedade Generalizada, 3.3% para a Fobia Simples e 1.1% para a Fobia Social.

Resultados semelhantes foram obtidos num estudo longitudinal conduzido na Nova Zelândia (Anderson, Williams, McGee, & Silva, 1987; McGee *et al.*, 1990). Numa amostra de 729 crianças, avaliadas aos 11 anos de idade, as taxas de prevalência foram de 3.5% para o Distúrbio de Ansiedade de Separação, de 2.9% para o Distúrbio de Hiperansiedade, 2.4% para a Fobia Simples e 1.0% para a Fobia Social (Anderson, Williams, McGee, & Silva, 1987). Aos 15 anos de idade as mesmas crianças foram reavaliadas, encontrando-se ligeiras diferenças comparativamente aos valores anteriormente apontados (McGee *et al.*, 1990). Verificaram-se taxas de prevalência mais elevadas para os Distúrbios de Hiperansiedade e Fobia Simples, respectivamente, 5.9% e 3.6%, um valor menor (2%) para a taxa de Ansiedade de Separação mantendo-se igual a frequência da Fobia Social (1.1%). Neste estudo, segundo os autores, as taxas apontadas para a Fobia Simples e Fobia Social podem estar distorcidas já que o medo "simples" mais comum foi o de falar em público que, por definição do DSM-III-R, deve ser considerado uma fobia social.

Em populações clínicas foram também conduzidos alguns estudos que permitiram apontar as frequências dos distúrbios ansiosos da infância ou adolescência.

Last, Hersen, Kasdin, Finkelstein, & Strauss (1987) verificaram que, na sua pesquisa realizada com uma amostra de crianças com distúrbios de ansiedade, 33% dessas crianças preenchiam os critérios de diagnóstico primário de Distúrbio de Ansiedade de Separação, 15% tinham uma fobia escolar primária (descrita como social na origem),

[369] Capítulo 12

15% tinham um Distúrbio de Hiperansiedade e 15% apresentaram um Distúrbio afetivo *major*.

O estudo de Cantwell e Baker (1987), realizado numa amostra de crianças pré-escolares com um distúrbio de linguagem, encontrou taxas de prevalência de 2% para o Distúrbio de Hiperansiedade e de 4.3% para o Distúrbio Evitante.

Beitchman, Nair, Clegg, *et al.* (1986), no Canadá, também com crianças pré-escolares que apresentavam um distúrbio de linguagem, encontraram uma prevalência de 3.7% para o Distúrbio Evitante.

Numa amostra geral de doentes pediátricos, Costello (1989) registou frequências de 4.6% para o Distúrbio de Hiperansiedade, 1.6% para o Distúrbio Evitante e 1.0% para a Fobia Social.

Albano, DiBartolo, Heimberg, & Barlow (1995) referem que, no *Centro de Distúrbios de Ansiedade e Stress da Universidade de Albany*, das 156 crianças (com idades entre os 7-17) diagnosticadas com um distúrbio de ansiedade, 27 (17.9%) receberam o diagnóstico principal de fobia social. Por outro lado, das 129 crianças em que a fobia social não foi o diagnóstico principal, 25 (19.4%) apresentaram fobia social como diagnóstico secundário. Os diagnósticos foram feitos com base na Entrevista dos Distúrbios de Ansiedade para Crianças e Pais (*Anxiety Disorders Interview Schedule for Children and Parents*; ADIS-C e ADIS-P; Silverman & Nelles, 1988). Entre as crianças que foram diagnosticadas com fobia social, 3 pertenciam ao grupo de 7-9 anos de idade, 2 situavam-se entre os 10 e os 12 anos de idade e 22 tinham 13 ou mais anos de idade. Um dado interessante, é que todas estas crianças apresentavam uma fobia social generalizada e nenhuma foi diagnosticada com uma fobia social específica (por exemplo, medo de exames ou de provas orais). Segundo os dados dos autores, parece que os medos circunscritos a uma ou duas situações sociais não são comuns na infância (Albano *et al.*, 1995). Estes medos parecem generalizar-se a outras situações ou acontecimentos, tomando-se parte da expressão fenomenológica das características de ansiedade dos indivíduos com Hiperansiedade, ou com ansiedade avaliada alargada, própria da Fobia Social Generalizada. Permanece por confirmar se estes resultados serão mantidos com a utilização da 4ª edição do DSM (DSM-IV; APA, 1994) para a classificação do diagnóstico de Distúrbio de Ansiedade Generalizada em crianças e adolescentes.

[370] Capítulo 12

Dada a heterogeneidade das amostras e as diferenças metodológicas inerentes aos diversos estudos, toma-se difícil, senão imprudente, comparar resultados e retirar conclusões. Contudo, fica a ideia de que o Distúrbio de Hiperansiedade é dos distúrbios ansiosos mais frequentes na infância e adolescência, em parte explicada pela forma restritiva como era definida a fobia social no DSM-III-R. Com aparecimento da 4ª revisão do DSM (1994), e conseqüente reformulação dos critérios para a fobia social segundo uma categoria mais abrangente e heterogénea, espera-se que muitos destes casos (nomeadamente, casos de Distúrbio de Hiperansiedade, Distúrbio Evitante e alguns medos considerados subclínicos) preenchem, agora, os critérios de diagnóstico de Distúrbio de

Ansiedade Social aumentando, assim, as taxas de prevalência bem acima de 1%. São necessárias mais investigações que permitam esclarecer os dados disponíveis, bem como se toma urgente a recolha de mais informação relativa à utilização do DSM-IV enquanto sistema classificativo.

A existência de comorbilidade entre os distúrbios ansiosos na infância e adolescência tem sido, também, amplamente evidenciada em diferentes estudos, verificando-se, tal como nos adultos, ser mais a regra que a excepção (Last, Strauss, & Frances, 1987). Este aspecto será melhor descrito mais adiante, onde serão apresentadas as taxas de comorbilidade encontradas na investigação, suas consequências, assim como discutida a importância do diagnóstico diferencial.

Características Clínicas da Fobia Social na Infância ou Adolescência

As crianças diagnosticadas com fobia social exibem uma ansiedade elevada em situações com pessoas não familiares. A ansiedade ocorre tanto em contextos com os pares, como em interações com os adultos. O seu desconforto e mal-estar é de tal forma severo que as leva a isolarem-se e a evitarem interações com as pessoas que não conhecem bem. Muitas vezes, estas crianças podem mesmo não articular

[371] Fobia Social na Infância e Adolescência

nenhuma palavra ou ficarem mudas perante pessoas estranhas, apesar de não apresentarem qualquer problema de comunicação com outras pessoas conhecidas.

A escola é, naturalmente, uma das áreas onde é habitual as crianças com fobia social evidenciarem problemas. Entre os mais comuns, incluem-se recear falar na turma à frente dos colegas, comer na cantina ou no bar, mudar de roupa para a aula de ginástica, participar nos jogos e brincadeiras no recreio, passear nos corredores, fazer um trabalho de grupo, participar nas festas da escola. Como consequência destes receios ou desconforto sentido, diversos comportamentos de evitamento podem começar a surgir como, por exemplo, frequentes idas ao gabinete médico ou de apoio durante o dia de escola, queixas somáticas, procura de isolamento e recusa em ir à escola.

Fora da escola, estas crianças ou jovens podem sentir enormes dificuldades em todas aquelas situações que impliquem um desempenho em público ou interação com os outros. Assim, ir a uma festa de anos, encontrar-se com alguém, comer num restaurante, ir às compras, conhecer pessoas novas, são exemplos de situações sociais receadas. Tentam, muitas vezes colocar os irmãos, pais ou amigos a falarem por eles podendo, mesmo, chegar a um caso de mutismo selectivo (Black & Uhde, 1992).

Como seria de esperar, tal como nos adultos, os jovens com uma fobia social generalizada manifestam mais comportamentos de evitamento, o que resulta muitas vezes num grau de invalidação maior que os fóbicos sociais com o subtipo não generalizado. Tal como já foi referido, os estudos têm mostrado ser pouco comum encontrar este subtipo não generalizado, isto é, a fobia social circunscrita a uma ou outra situação social, entre as crianças e jovens (Albano, DiBartolo, Heimberg, & Barlow, 1995), o que sugere que os receios, nesta população, rapidamente se generalizam a diversas situações.

Com o objectivo de examinar as características da fobia social na infância, Beidel (1991b) desenvolveu uma investigação numa amostra constituída por crianças com fobia social (n=18), Distúrbio de Ansiedade Generalizada (n=11), e controlos normais (n=18). A média das idades desta amostra foi de 10.4 anos e as crianças foram diagnosticadas através da Entrevista Clínica para os Distúrbios de Ansiedade,

[372] Capítulo 12

nas versões designadas para a criança e para os pais (*Anxiety Disorder Interview Schedule; Silverman & Nelles, 1988*). Foi, ainda, solicitado que as crianças preenchessem medidas de auto-resposta e um registo de auto-monitorização diário, bem como a participação num teste comportamental. Os resultados mostraram que as crianças fóbicas sociais manifestavam características muito semelhantes às dos adultos fóbicos sociais. Especificamente, referiram percepções significativamente mais baixas de competência cognitiva, traços de ansiedade mais elevados e uma ansiedade maior durante a tarefa ansiógena, que as crianças com Distúrbio de Hiperansiedade e que os controlos normais. Por outro lado, as crianças com Fobia Social apontaram, também, um maior número de acontecimentos ou situações geradoras de ansiedade e um maior desconforto sentido nessas situações da vida diária. Quando confrontadas com determinadas tarefas tais como fazer uma prova oral, ou ler em voz alta, as crianças fóbicas sociais demonstraram mais comportamentos de evitamento (choro e queixas somáticas) que as crianças com o Distúrbio de Hiperansiedade. Estes dados sugerem, pois, que a fobia social na infância resulta num desconforto extremo e interfere significativamente no funcionamento diário da criança (Beidel, 1991b).

Outras observações clínicas de crianças com fobia social têm confirmado os resultados apontados por Beidel (1991b). Através da recolha de dados clínicos, numa amostra de 27 crianças com fobia social seguidas no *Center for Stress and Anxiety Disorders of the University at Albany*, Albano *et al.* (1995) verificaram que os pensamentos destas crianças eram caracterizados por uma avaliação negativa e depreciativa de si mesmas e acompanhados por uma variedade de sintomas e sensações vegetativas.

Em termos comportamentais as crianças mais novas têm tendência a manifestar comportamentos de choro e de procura de segurança excessivos (ex.: agarrarem-se, não se afastarem dos pais, procurarem contacto físico permanente com os pais, chuchar no dedo) enquanto as mais velhas procuram reduzir os contactos sociais (ex.: baixar a cabeça, roer as unhas, mexer nas mãos, falar muito baixinho, postura rígida) e evitam ser o centro das atenções (Albano *et al.*, 1995; Kaminer & Stein, 1999; Morris & Kratochwill, 1991).

[373] Fobia Social na Infância e Adolescência

Como sintomas fisiológicos, as palpitações, transpiração, dores abdominais difusas, dores de cabeça, rubor facial, tremores, tensão gastro-intestinal, náuseas, são algumas das queixas mais frequentes. Duma forma geral, comportamentos de evitamento, tiques nervosos, tensão muscular e mal-estar ou dores no estômago parecem ser características de todas as crianças fóbicas sociais (Beidel, 1991b; Kendall *et al.*, 1991; Kaminer & Stein, 1999; Morris & Kratochwill, 1991).

Relativamente aos aspectos cognitivos, é o medo de avaliação social que é dominante e específico das crianças com este distúrbio, traduzindo-se frequentemente por pensamentos de escape, de fracasso, humilhação, embaraço, inadequação e auto-criticismo. Não obstante a dificuldade de verbalização das suas cognições, é frequente identificar, entre as crianças fóbicas sociais, pensamentos automáticos do tipo "estão todos a olhar para mim", "e se faço alguma coisa errada", "não vou conseguir fazer o teste", "sou diferente dos outros", "não sei conversar", "vão gozar comigo" (Francis, 1988; Kaminer & Stein, 1999; Kendall *et al.*, 1991; Kendall & Chansky, 1991; Leary & Kowalsky, 1995). É claramente evidente o medo de poderem fazer uma má figura (por exemplo, tolo, idiota, bebé, medricas) e, conseqüentemente, serem rejeitados (por exemplo, as outras crianças não brincarem com eles).

As situações sociais geradoras de ansiedade e desconforto, tal como já tivemos oportunidade de referir, podem ser numerosas e variadas e podem estar ou não relacionadas com a escola. A apresentação oral dum trabalho, ir ao quadro, passear nos corredores da escola, comer no bar ou cantina, ir a uma festa, conhecer pessoas novas, participar em jogos de grupo, ir às compras ou atender o telefone são exemplos típicos de situações habitualmente evitadas pelas crianças fóbicas sociais (Albano *et al.*, 1995; Francis & Radka, 1995; Kaminer & Stein, 1999; Leary & Kowalsky, 1995).

Curiosamente Albano e cols. (1995) verificaram, também, que muitas crianças com fobia social desenvolviam interesses invulgares para as suas idades. Por exemplo, muitas destas crianças tinham *hobbies* ou interesses por assuntos pouco comuns (ex., factos da Guerra Civil, programação de computadores, acompanhar informações sobre o tempo). Uma hipótese possível para explicar esta ausência de passatempos

[374] Capítulo 12

mais vulgares (como, por exemplo, jogos de vídeo, revistas de jovens) tem a ver com o tempo restrito que as crianças com fobia social dispõem em interacções sociais. Como tal, ao não se exporem adequadamente a este tipo de estimulação social, também não têm oportunidade de ser socialmente reforçadas pelos colegas. Consistentemente, argumentam que os colegas e os seus interesses tipicamente relacionados com a idade são "demasiado imaturos", como para iustificar objectivos alternativos. Os autores sugerem, ainda, que a certa altura os passatempos atípicos podem tomar-se uma forma de evitar as actividades usuais dos colegas, as quais desencadeiam ansiedade social (*ibidem*). Seria interessante estudar se estes interesses se mantêm ou diminuem com o tratamento eficaz da fobia social.

Comorbilidade

Cada vez mais, hoje, se reconhece a importância da comorbilidade na classificação e etiologia dos distúrbios mentais. Por exemplo, se um distúrbio precede regularmente outro, então o primeiro pode ser um factor de risco ou precipitante para o segundo; se dois distúrbios são altamente comórbidos podem ser manifestações da mesma perturbação; por sua vez, se dois distúrbios nunca ocorrem simultaneamente são, então, distúrbios claramente diferentes.

A comorbilidade ou a co-ocorrência de distúrbios mentais na infância e adolescência é comum em amostras clínicas e da comunidade (Last *et al.* 1987; Curry, & Murphy, 1995, Lewinsohn *et al.*, 1997). De facto, uma revisão da literatura sugere que o grau de comorbilidade parece ser mais elevado nas crianças e adolescentes que nos adultos.

Os resultados, obtidos no estudo de Last, Strauss e Francis (1987), indicaram que 41% das crianças com distúrbio primário de Ansiedade de Separação, 63% da amostra de Fobia Social e 56% das crianças com distúrbio primário de Hiperansiedade apresentavam, para além do respectivo diagnóstico, um ou mais distúrbios de ansiedade.

Por sua vez, Francis, Last e Strauss, (1992, *in* Francis & Radka, 1995) verificaram que o diagnóstico de Hiperansiedade era o distúrbio ansioso mais frequentemente associado ao Distúrbio Evitante da infância

[375] Fobia Social na Infância e Adolescência

e Fobia Social: 79% das crianças diagnosticadas com Distúrbio Evitante, 91% de fóbicos sociais e 100% das crianças com ambos os diagnósticos (nomeadamente, Distúrbio Evitante e Fobia Social) apresentavam, também, um Distúrbio de Hiperansiedade.

Até à data existem escassas avaliações da validade do Distúrbio Evitante, Distúrbio de Hiperansiedade e Fobia Social enquanto distúrbios distintos na infância e adolescência. Segundo Francis, Last e Strauss (1992; *in* Francis & Radka, 1995) os jovens com Distúrbio Evitante não se diferenciam virtualmente dos fóbicos sociais em termos das características demográficas, padrões de comorbilidade e medidas de sintomas de depressão e medo. Tal como já tivemos oportunidade de afirmar, parece que a extensa sobreposição entre o Distúrbio Evitante e a Fobia Social foi suficiente para justificar a exclusão do Distúrbio Evitante do DSM-IV, enquanto entidade diagnóstica autónoma.

Também Werry (1991, *in* Francis & Radka, 1995), ao rever as investigações sobre este tema, concluiu que o Distúrbio de Hiperansiedade é uma categoria diagnóstica pouco fidedigna e modestamente distinta e válida. Este distúrbio aparecia tão frequentemente associado a outros distúrbios na infância, segundo os critérios do DSM-III-R, que foi excluído na 4ª edição deste manual como uma entidade diagnóstica distinta, sendo em grande parte incluída no Distúrbio de Ansiedade Generalizada (GAD).

Dois grandes limitações podem ser apontadas à maioria dos estudos sobre a comorbilidade entre os distúrbios ansiosos na infância e adolescência. A primeira diz respeito ao facto de grande parte das investigações se ter centrado sobre a comorbilidade entre dois ou um número reduzido de distúrbios ansiosos, não examinando o padrão de comorbilidade num conjunto mais alargado de distúrbios ansiosos. A segunda refere-se ao facto da maioria destes estudos ter sido realizada com amostras clínicas o que, como é conhecido, aumenta habitualmente as taxas de comorbilidade (Lewinsohn *et al.*, 1997).

Uma importante excepção foi o estudo de Lewinsohn e cols. (1997) que examinou a comorbilidade ao longo do ciclo de vida entre os distúrbios ansiosos, e entre os distúrbios ansiosos e outros distúrbios mentais, numa amostra da comunidade constituída por 1507 adotescentes estudantes. Nesta amostra foi possível encontrar um leque

[376] Capítulo 12

extenso e diversificado de diagnósticos onde foram estabelecidos 3 grupos: um constituído por jovens com distúrbios de ansiedade ao longo do ciclo de vida (n=134); outro sem qualquer distúrbio de ansiedade (n=510); e o terceiro formado por aqueles que nunca tinham preenchido os critérios para um distúrbio mental (n=863). Os resultados indicaram uma taxa relativamente baixa (18.7%) de comorbilidade intra-ansiedade (isto é, referente ao grau de comorbilidade entre os distúrbios de ansiedade - pânico, fobia social, fobia simples, distúrbio obsessivo-compulsivo, ansiedade de separação e hiperansiedade) e uma elevada taxa de comorbilidade (73.1%) ao longo do ciclo de vida entre os distúrbios de ansiedade e distúrbios mentais (nomeadamente, o Distúrbio de Depressão *Major*). Relativamente aos valores baixos encontrados para a comorbilidade entre os distúrbios ansiosos, contrariamente aos apontados por diversos estudos, são explicados pelos autores pelo efeito do género, uma vez que a maioria dos casos com múltiplos distúrbios de ansiedade são, na amostra deste estudo, jovens do sexo feminino. Já a forte comorbilidade entre os distúrbios de ansiedade e distúrbios mentais não se mostrou associada ao género. Apesar do contributo importante deste estudo, os autores sugerem a realização de novas investigações que permitam esclarecer os resultados encontrados.

Até à data, os dados de que dispomos, parecem, pois, insuficientes para avaliar o papel da comorbilidade na etiologia e tratamento da Fobia Social na infância e adolescência, evidenciando a importância de mais estudos nesta área.

Diagnóstico diferencial

A Fobia Social em crianças e adolescentes deve ser, em primeiro lugar diferenciada dum esperado grau de auto-consciência elevado e embaraçoso, próprios deste período de vida. Esta ansiedade social, designada na literatura por sub-clínica, pode ser expressa na preocupação que a criança tem com a realização de uma prova oral, a relutância em entrar numa festa com gente que não conhece, ou ainda pela hesitação e insegurança do adolescente em convidar alguém para sair ou marcar um encontro.

[377] Fobia Social na Infância e Adolescência

Tal como já referimos atrás, neste caso a ansiedade antecipatória é relativamente restrita e transitória, esperando-se que se esbata com a própria experiência do jovem.

O Distúrbio de Ansiedade Generalizada (DAG) e Fobias Simples são exemplos de perturbações que é necessário diferenciar da Fobia Social. Aqui, o foco principal do medo pode constituir um aspecto central. As crianças com DAG podem ter preocupações excessivas e ansiedade antecipatória acerca de determinados acontecimentos ou actividades, que acabam por poder interferir na qualidade do seu desempenho na escola e em outros contextos sociais. Contudo, as crianças com DAG experienciam estas preocupações mesmo que não estejam a ser avaliadas pelos outros ou que não sejam o foco da atenção dos outros. No caso das Fobias Simples, embora o medo de embaraço ou humilhação possa estar presente, não é esse o receio mais importante, como acontece na Fobia Social.

As crianças com Ansiedade de Separação podem também evitar contextos sociais, embora aqui a distinção seja feita por estas se sentirem habitualmente à vontade em

contextos sociais em sua casa, enquanto as crianças com Fobia Social manifestam desconforto mesmo nessas situações.

O comportamento de recusa à escola é outra complicação frequente entre as crianças socialmente ansiosas, que causa uma interferência muito significativa nas suas vidas limitando o seu desenvolvimento académico e sócio-emocional. Last e Strauss (1990) encontraram que 30% da sua amostra, constituída por 63 crianças que recusavam a escola, apresentava uma fobia social. As condições que conduzem à recusa escolar devem ser devidamente diferenciadas para a prescrição adequada dum tratamento. Por exemplo, as crianças com Distúrbio de Ansiedade de Separação frequentemente poderão recusar ir para a escola (ou outras situações sociais) pelo medo de serem separadas daqueles que cuidam e tratam delas. Contudo estas crianças não apresentam problemas de socialização na sua própria casa ou locais sociais fora de casa desde que acompanhadas pelos pais. O mesmo não acontece com as crianças com fobia social, que continuam a manifestar sinais de desconforto mesmo quando as situações sociais receadas correm em casa e/ou na presença dos pais.

[378] Capítulo 12

O Mutismo Selectivo caracterizado por uma recusa persistente em falar em situações sociais específicas, independentemente da capacidade de comunicar fluentemente numa linguagem oral, é outra situação que levanta problemas de diagnóstico diferencial relativamente à Fobia Social. As crianças com este distúrbio, tipicamente conversam e falam num tom de voz normal em casa, mas recusam-se a falar na escola ou outras situações sociais em que é esperado falar. Black e Uhde (1992) sugeriram que o mutismo selectivo pode, de facto ser uma variante da Fobia Social e não um síndrome diagnóstico distinto. As crianças com mutismo selectivo evidenciam timidez excessiva, medo do embaraço social, isolamento e exclusão social e negativismo (*American Psychiatric Association*, 1994), sendo todas características que se observam na fobia social em crianças. Também o estudo de Anstendig (1999) mostrou que o mutismo selectivo é etiológicamente muito semelhante aos distúrbios ansiosos, pelo que poderá ser encarado como um distúrbio de ansiedade ou uma variante dum distúrbio específico de ansiedade, nomeadamente, da fobia social, ansiedade de separação ou distúrbio de stress pos-traumático. Neste sentido, a autora conclui que as crianças com mutismo selectivo e respectivas famílias beneficiariam mais, do ponto de vista de avaliação e tratamento, se esta condição fosse incluída na categoria dos Distúrbios de Ansiedade do DSM, ou como um sintoma de um distúrbio específico de ansiedade, do que permanecer na categoria de Outros Distúrbios da Infância e Adolescência como refere actualmente o DSM-IV (Anstendig, 1999).

Em síntese, podemos afirmar que também na infância e adolescência, a Fobia Social aparece frequentemente associada a outras condições clínicas o que pode muitas vezes, por um lado dificultar uma avaliação correcta e, por outro, agravar a situação impondo-se, pois, como um aspecto relevante no planeamento de uma intervenção terapêutica adequada. Os distúrbios ansiosos, nomeadamente os Distúrbios Evitante e de Hiperansiedade, são os que apresentam taxas mais elevadas de comorbilidade com a Fobia Social, em parte explicadas por uma grande sobreposição de critérios de diagnóstico. Outras condições como depressão,

recusa à escola, mutismo selectivo, são complicações habituais em casos de Fobia Social levantando, por vezes

[379] Fobia Social na Infância e Adolescência

sérios desafios ao clínico no estabelecimento de um diagnóstico diferencial. Este deve centrar-se no foco principal do medo, nos contextos em que ele ocorre, na presença de outra condição que melhor explique os sintomas de ansiedade e na extensão e intensidade com que esses sintomas ocorrem.

Avaliação clínica

Até à data não existe nenhuma abordagem que, isoladamente seja fidedigna e válida para a avaliação dos distúrbios infantis. Neste sentido, tal como nos adultos, a avaliação da ansiedade nas crianças, requer uma perspectiva multifacetada que forneça informação de múltiplos contextos (casa, escola, tempos livres), e de múltiplos informadores (pais, criança, professores, amigos). É de salientar a importância da percepção da criança acerca das suas próprias dificuldades. Para obter estas informações recorre-se habitualmente a entrevistas clínicas estruturadas, questionários de auto-resposta, escalas para pais e professores, observação directa do comportamento, medidas fisiológicas, assim como à história familiar e padrões de interacção recorrentes.

Como seria de esperar, cada método apresenta vantagens e dificuldades próprias que limitam a eficácia da utilização de uma só técnica de avaliação para a elaboração de um diagnóstico.

Ainda, no caso da infância e adolescência é imprescindível que o processo de avaliação tenha em conta as grandes mudanças desenvolvimentais que ocorrem neste período de vida. Assim, por exemplo, mudanças cognitivas, sócio-emocionais e biológicas podem justificar que uma criança de 8 ou 9 anos de idade seja muito diferente de outra de 12 ou 13 anos. Por sua vez, a estas mudanças vão corresponder diferentes capacidades de expressão e de compreensão da criança, o que vai influenciar o tipo de estratégia de avaliação mais indicada, bem como a consideração de dados normativos para a avaliação da conformidade dos comportamentos em termos desenvolvimentais.

Para além desta precaução associada à escolha de um método multivariado e sensível aos aspectos desenvolvimentais na avaliação

[380] Capítulo 12

dos distúrbios infantis, há, também, a ter em conta a dificuldade inerente à avaliação da ansiedade em si, devido a questões de validade do diagnóstico de ansiedade na infância.

Iremos, agora, focar a nossa atenção nos métodos e estratégias mais utilizados na avaliação clínica da fobia social na infância e adolescência. Nesse sentido é feita uma revisão da literatura científica neste domínio, que inclui a aplicação de entrevistas estruturadas, instrumentos de auto-resposta, medidas de avaliação comportamental, cognitiva e fisiológica, assim como o recurso à avaliação familiar e realizada pelos professores.

Entrevistas Estruturadas

Existem várias entrevistas estruturadas e semi-estruturadas que podem ser utilizadas para avaliar os distúrbios psiquiátricos nas crianças e adolescentes. A *Interview Schedule for Children* (ISC; Kovacs, 1978), a *Children Assessment Scale* (CAS; Hodges, McKnew, Cytryn, Stern & Kline, 1982), a *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-aged Children* (SAD-C; Puig-Antich & Chambers, 1978) e a *Anxiety Disorders Interview Schedule* (ADIS-C; Silverman & Nelles, 1988) são alguns exemplos de instrumentos, utilizados com as crianças e pais, que procuram avaliar uma variedade de áreas clínicas, entre as quais a presença de distúrbios de ansiedade.

A ***Anxiety Disorders Interview Schedule***, nas versões designadas para Crianças e para Pais (**ADIS-C e ADIS-P**), desenvolvida por Silverman e Nelles (1988), é um dos meios de avaliação mais utilizado no estudo dos distúrbios de ansiedade na infância. Ambos os formatos da Entrevista permitem aos avaliadores estabelecer diagnósticos com base nos critérios de classificação do DSM-III. Estas versões têm sido revistas de acordo com a actualização dos critérios de diagnóstico do DSM (por exemplo, a ADIS-C e ADIS-P relativamente ao DSM-IV; Silverman, & Albano, 1995, *in* Francis & Radka, 1995).

Rapee, Barrett, Dadds, e cols. (1994, *in* Francis & Radka, 1995) utilizaram a ADIS-C e ADIS-P, numa amostra de 161 jovens e respectivos

[381] Fobia Social na Infância e Adolescência

pais, para avaliar a fidedignidade nos diagnósticos clínicos. Os resultados mostram uma fidedignidade moderada para os distúrbios de ansiedade na infância, segundo os critérios estabelecidos pelo DSM-III-R. Apesar de novos estudos de precisão e validade estarem ainda a ser desenvolvidos para esta Entrevista aplicada ao DSM-IV (APA, 1994), espera-se que a mesma continue a revelar boas características psicométricas (Albano, DiBartolo, Heimberg & Barlow, 1995).

A ***Interview Schedule for Children*** (ISC; Kovacs, 1978) dispõe de um número reduzido de investigações, para além de não estarem, até à data, publicados os seus dados psicométricos. Aplica-se a crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 17 anos.

A ***Child Assessment Schedule*** (CAS; Hodges, McKnew, Cytryn, Stern & Kline, 1982) é particularmente útil na avaliação de pré-adolescentes e de sujeitos no início da adolescência (7-16 anos). Dispõe de 3 versões, bem como existem estudos realizados em Portugal sobre a aplicação desta escala (Oliveira *et al.*, 1997; Oliveira, Santos & Abreu, 1997). Apenas metade dos itens apresenta uma conotação diagnóstica, remetendo a outra metade para problemas ou conflitos relativos ao funcionamento do sujeito no dia-a-dia. Numerosos estudos têm evidenciado a sua fidedignidade entre entrevistadores, fidedignidade teste-reteste e validade (Hodges, McKnew, Cytryn *et al.*, 1982; Hodges & Saunders, 1989, Verhulst, Berden, & Sanders-Woudstra, 1985, *in* Oliveira *et al.*, 1997). Na aplicação da CAS à população portuguesa, esta escala provou ser adequada para diagnosticar psicopatologia nas populações clínica e de base comunitária, bem como para fornecer informações importantes da criança ou adolescente, tanto para a elaboração do

diagnóstico como para outras áreas de funcionamento (Oliveira *et al.*, 1997; Oliveira, Santos & Abreu, 1999).

A *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-aged Children (SAD-C*; Puig-Antich & Chambers, 1978), aplicável a crianças e jovens entre os 6 e os 17 anos de idade, fornece diagnósticos para uma larga gama de distúrbios sendo, conseqüentemente, a sua administração bastante morosa. Tal como as outras, é uma entrevista semi-estruturada o que confere alguma flexibilidade à sua administração introduzindo, assim, alguma variabilidade e subjectividade nos juízos de diagnóstico.

[382] Capítulo 12

Justifica-se, por isso, que o seu uso deva ser concretizado por técnicos com formação clínica aprofundada, nomeadamente com treino relativo às questões do diagnóstico diferencial.

Segundo Silverman (1991), as entrevistas estruturadas, embora tenham aspectos em comum, variam largamente na sua codificação e administração. Por exemplo, são frequentes as diferenças relativamente à ordem da(s) pessoa(s) entrevistada(s) (por exemplo, primeiro a criança e depois os pais ou *vice-versa*) e à integração dos dados da entrevista para determinar diagnósticos compostos. Conseqüentemente, torna-se difícil generalizar afirmações a respeito da fidelidade e validade destes instrumentos. Há, ainda, a acrescentar o facto de poucos estudos permitirem fazer comparações de fidelidade entre os distúrbios de ansiedade na infância, dado o reduzido tamanho das amostras utilizadas. Apesar desta escassez de informação abranger também o diagnóstico de Fobia Social na infância e adolescência, começam a surgir estudos exploratórios que evidenciam a fidelidade e validade de diagnóstico deste distúrbio em crianças e adolescentes (Beidel, Neal, & Lederer, 1991; Silverman, & Eisen, 1992, *in* Albano *et al.*, 1995).

Dada a limitação dos dados sobre a solidez das entrevistas estruturadas, alguns investigadores têm chamado a atenção para a falta de confiança destas medidas, quando utilizadas em exclusivo, no trabalho clínico (Ollendick & Francis, 1988). Entre as críticas apontadas a estas entrevistas incluem-se o facto de consumirem muito tempo, a necessidade dum treino rigoroso para os entrevistadores, e serem potencialmente inadequadas para utilizar com crianças pequenas. Assim, é recomendável a administração dum entrevista focada no problema, como suplemento da informação obtida na entrevista estruturada (Ollendick, & Francis, 1988).

Em resumo, as propriedades psicométricas das entrevistas estruturadas para os distúrbios ansiosos na infância, entre os quais se inclui a fobia social, não estão completamente estabelecidas. Toma-se imprescindível uma avaliação mais aprofundada destes instrumentos, do ponto de vista psicométrico, pois só assim é possível apurar a validade dos respectivos diagnósticos estabelecidos, bem como fazer comparações entre diferentes estudos.

[383] Fobia Social na Infância e Adolescência

Medidas de Auto-Resposta

Diversas medidas de auto-resposta podem ser utilizadas em crianças e adolescentes com fobia social, de acordo com os vários construtos considerados relevantes para a avaliação e tratamento deste distúrbio. Desta forma, numa revisão bibliográfica deste tema, encontramos questionários centrados sobre aptidões sociais, autoconceito, ansiedade geral, ansiedade social, satisfação social, medos, entre outros. Os instrumentos de auto-resposta constituem um dos métodos mais utilizados para a avaliação da ansiedade na infância, dada a sua facilidade de aplicação, possibilidade de comparação entre estudos e de avaliação dos resultados do tratamento. Claro que, também, são apontadas algumas desvantagens, como por exemplo, o facto de alguns deles não abordarem satisfatoriamente a situação específica do distúrbio de ansiedade numa criança, outros não captam os medos específicos da criança e outros, ainda, não têm em conta as diferenças desenvolvimentais ou não são sensíveis a variações na capacidade compreensiva da criança (Francis, 1990; Kendall, *et al.*, 1991).

Na avaliação dos medos e da ansiedade em geral, os questionários de auto-resposta mais amplamente divulgados são a *State-Trait Anxiety Scale for Children*, a *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* e o *Fear and Survey Schedule-Revised*. Estas escalas têm sido alvo de diversas revisões e apresentam dados normativos para várias idades e grupos de crianças (Spielberger, 1973; Reynolds & Richmond, 1978; Reynolds & Paget, 1983 *in* Albano *et al.*, 1995; Fonseca, 1992; Ollendick, 1983; Shore & Rapport, 1998; Muris *et al.*, 1998).

A Escala de Ansiedade Estado-Traço para Crianças (STAIC State-Trait Anxiety Scale for Children; Spielberger, 1973) consiste em duas subescalas, de 20 itens cada, que medem a ansiedade estado e traço. As crianças fóbicas sociais têm, consistentemente, pontuações significativamente mais elevadas na STAIC, que as crianças normais (Beidel, 1991b).

A Escala Revista de Ansiedade Manifesta para Crianças (RCMAS - Revised Children's Manifest Anxiety Scale; Reynolds & Richmond, 1978) é outra medida de ansiedade crónica, formada por

[384] Capítulo 12

37 itens destinados a determinar a presença (*Sim*) ou ausência (*Não*) de uma grande variedade de sintomas em crianças e adolescentes. Os resultados de uma análise factorial, numa amostra de crianças americanas, revelam a existência de três factores de ansiedade: ansiedade fisiológica, problemas de concentração e preocupações ou hipersensibilidade; para além destes, a escala apresenta, também, um factor de mentira ou desejabilidade social, o qual pode ser particularmente importante, já que algumas crianças ansiosas parecem responder ao questionário numa forma socialmente desejável. Este instrumento encontra-se traduzido e adaptado à população portuguesa (Fonseca, 1992). Os resultados da sua aplicação, a uma amostra constituída por 635 crianças portuguesas, provam que a escala apresenta boas características psicométricas, designadamente no que se refere à consistência interna, fidelidade teste-reteste, validade discriminante e validade concorrente. Contudo, neste estudo, não foi replicada a estrutura factorial da versão americana mostrando, os dados obtidos, dois factores principais: um factor de ansiedade global e um factor de mentira ou desejabilidade social (cf. Fonseca, 1992).

O Inventário Revisto de Medos para Crianças (FSSC-R; *Fear Survey Schedule for Children-Revised*; Ollendick, 1983) é um dos questionários mais utilizados na investigação de medos em crianças e adolescentes, dispondo de versões traduzidas e adaptadas a diferentes populações (Fonseca, 1993; Shore & Rapport, 1998). O FSSC-R é formado por 80 itens que traduzem diversos medos (como, por exemplo, medos ligados ao perigo ou morte, medos do desconhecido, medos relacionados com a saúde e acidentes, medos relativos ao criticismo e insucesso, entre outros). Para cada item, é pedido à criança que assinale a frequência com que tem sentido o respectivo medo, servindo-se, para o efeito, de uma escala de resposta que varia entre 0 (nenhum) e 2 (muito). A soma dos valores indicados produz um índice geral de medos. Esta escala é aplicável a crianças e adolescentes dos 8 aos 17 anos de idade, e tem revelado uma boa consistência interna e fidelidade teste-reteste (Shore & Rapport, 1998). Os estudos de aplicação desta escala à população portuguesa mostram que este inventário possui boas qualidades psicométricas e que os medos mais comuns na população portuguesa são muito semelhantes aos encontrados em países de língua inglesa (Fonseca, 1993).

[385] Fobia Social na Infância e Adolescência

Contudo, a mesma investigação revelou, também, algumas diferenças importantes. Uma delas diz respeito ao facto da estrutura factorial da versão portuguesa não corresponder à encontrada em estudos americanos e australianos (Ollendick, 1983; King *et al.*, 1989, *in* Shore & Rapport, 1998). Os dados obtidos na população portuguesa apontam no sentido de uma estrutura monofactorial pelo que se recomenda, provisoriamente, apenas a utilização do resultado global da escala. Outra diferença, refere-se à necessidade de acrescentar novos itens à versão original, de forma a conseguir-se uma visão mais completa dos medos específicos das crianças portuguesas (cf. Fonseca, 1993).

Mais recentemente, já na década de 90, face aos progressos da investigação no domínio dos distúrbios ansiosos infantis, e às mudanças registadas nos grandes sistemas de classificação e diagnóstico (como, por exemplo, o aparecimento do DSM-IV), foram construídos novos instrumentos com o objectivo de avaliação clínica da psicopatologia infantil e juvenil. A *Spence Children Anxiety Scale (SCAS)*, a *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)* e a *Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)* constituem três exemplos destas novas medidas de avaliação.

A Escala de Ansiedade de Spence para Crianças (SCAS - *Spence Children Anxiety Scale* ; Spence, 1998) inclui um leque variado de sintomas, agrupados em diferentes subescalas, que permitem a validação das principais perturbações de ansiedade da criança, tal como são definidas pelo DSM-IV (APA; 1994). Os estudos que recorreram a esta escala (Spence, 1994, 1997, *in* Spence, 1998) mostraram que possuía boas qualidades psicométricas, nomeadamente uma adequada consistência interna, fidedignidade teste-reteste, validade convergente e validade divergente. Os resultados obtidos nestas pesquisas revelaram, também, uma estrutura de seis factores correspondentes às seis categorias de ansiedade do DSM-IV, que o questionário se propõe medir. Esta escala encontra-se traduzida e adaptada à população portuguesa (Fonseca *et al.*, 1999). Na sua aplicação a uma amostra de 386 crianças portuguesas do ensino regular, dos 8 aos 13 anos, chegaram-se a

resultados semelhantes, do ponto de vista psicométrico, aos referidos pela autora da escala em estudos com crianças australianas.

[386] Capítulo 12

Contudo, os resultados obtidos na população portuguesa não replicaram a estrutura factorial encontrada por Spence (1998), sugerindo que a SCAS constitui, antes, uma medida de ansiedade geral, e não um meio de validação dos seis distúrbios de ansiedade apontados pelo DSM-IV (Fonseca *et al.*, 1999).

Também com o objectivo de determinar fidedignamente o diagnóstico dos distúrbios ansiosos e a sintomatologia associada a cada um deles, Muris e cols. (1998) modificaram o *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED). Trata-se de um questionário de auto-resposta que mede os sintomas dos distúrbios de ansiedade da infância e adolescência, tal como são definidos pelo DSM-IV (APA, 1994). Diversos estudos têm apoiado empiricamente a utilidade e validade clínica desta escala. Por exemplo, Birmaher e cols. (1997, in Muris *et al.*, 1998) mostraram que os resultados obtidos na SCARED permitiam distinguir as crianças com distúrbios de ansiedade das crianças com depressão, bem como das crianças com distúrbios de comportamento. Por outro lado, o estudo de Muris e cols. (1998) revelou que a escala discriminava, também satisfatoriamente, crianças com e sem um distúrbio específico de ansiedade. As pontuações obtidas na SCARED mostraram-se positivamente correlacionadas com as pontuações de outras medidas tradicionais de ansiedade, nomeadamente a RCMAS e o FSSC-R (Murris *et al.*, 1998).

Finalmente, *a Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC; March, Sullivan & Parker, 1999) é outro exemplo dum instrumento de avaliação recentemente desenvolvido com objectivos clínicos. É uma escala de auto-resposta, *tipo-Likert* (4 pontos) formada por 39 itens que incluem: i) sintomas físicos (tensão/inquietação e sintomas somáticos/autônômicos); ii) evitamento de dano ou lesão (*coping* ansioso e perfeccionismo); iii) ansiedade social (humilhação/rejeição e medo de desempenhos em público); e iv) ansiedade de separação. Estes factores têm sido validados em amostras clínicas e da população geral, e são invariáveis segundo o sexo, raça e idade (March, 1998, in March, Sullivan & Parker, 1999). Para além destes factores derivados empiricamente, a MASC inclui, também, na população pediátrica, duas subescalas: i) um formato breve, unifactorial, formado por 10 itens (MASC-10) utilizado em estudos epidemiológicos e relativos

[387] Fobia Social na Infância e Adolescência

aos resultados de tratamento; e ii) um índice de Ansiedade, formado por 12 itens, que permite discriminar crianças ansiosas quer de crianças normais quer de crianças com outro tipo de psicopatologia (March, 1998, in March, Sullivan & Parker, 1999). Ambas as subescalas mostraram uma excelente eficiência de diagnóstico (*ibidem*). Os resultados de estudos psicométricos da MASC (March, 1997, March, 1998, in Marsh, Sullivan & Parker, 1999) revelam uma boa consistência interna e fidedignidade teste-reteste, que apoiam a sua utilidade tanto na prática clínica como para efeitos de investigação.

Focando, agora, a nossa atenção nos questionários que procuram avaliar especificamente a fobia social na infância e adolescência, deparamo-nos com uma área mais pobre, ou pelo menos não tão desenvolvida, como no caso da avaliação deste quadro clínico em adultos.

Destacamos a investigação de Warren, Good e Velten, (1984, *in* Albano *et al.*, 1995) por ter sido dos primeiros estudos a examinar a validade da **SAD** e **FNE** em amostras de sujeitos mais novos, nomeadamente estudantes do ensino secundário. Estas escalas desenvolvidas por Watson e Friend (1969), e sobejamente conhecidas nos estudos de ansiedade social (ver Cunha, cap. 7 deste livro), foram originalmente concebidas para estudantes universitários, sendo posteriormente muito utilizadas na avaliação da ansiedade social e do evitamento em adultos. Este estudo (Warren, Good & Velten, 1984, *in* Albano *et al.*, 1995) permitiu encontrar dados preliminares referentes à validade concorrente destas escalas aplicadas a adolescentes. Por outro lado, na avaliação pós-tratamento, os adolescentes com ansiedade social que tinham recebido tratamento racional-emotivo mostraram uma diminuição significativa nas pontuações da SAD e FNE. Não obstante este avanço relativamente à utilidade e validade destas escalas, permanece por examinar a sua validade em amostras de pré-adolescentes.

De facto, apenas duas medidas dirigidas especificamente à avaliação clínica da ansiedade social e evitamento na infância foram desenvolvidas, até à data: a *Social Anxiety Scale for Children-Revised*; SASC-R; LaGreca & Stone, 1993) e o *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children*; SPAI-C; Beidel, Turner, & Morris, 1995).

[388] Capítulo 12

A Escala Revista de Ansiedade Social para Crianças (SASC-R: *Social Anxiety Scale for Children-Revised*; LaGreca & Stone, 1993) é composta por 22 itens que procuram avaliar a experiência subjectiva de ansiedade social em crianças. Para responder a cada um destes itens a criança dispõe duma escala de resposta de 1 a 5, em que assinala a frequência da experiência de ansiedade. Os resultados encontrados no estudo de La Greca e Stone (1993), conduzido numa amostra de crianças da população geral, apoiam a fidedignidade e validade da SASC-R. Nesta investigação, a análise factorial revelou a existência de três factores, e não dois como foram inicialmente apontados para a primeira versão da escala (SASC).

Na versão original (SASC), foram consistentemente produzidos dois factores principais: i) *Medo de Avaliação Negativa* (FNE), que reflecte o medo ou a preocupação da criança em relação à avaliação negativa dos companheiros; e ii) *Evitamento Social e Desconforto* (SAD), que traduz a inibição social das crianças ou o evitamento dos pares (evitamento social) e a sua experiência de mal-estar e desconforto em situações sociais com os pares (desconforto social) (LaGreca *et al.*, 1988, *in* La Greca & Stone, 1993).

Na versão revista da escala (SASC-R), este último factor é diferenciado em *Novo e Geral para avaliar*, respectivamente, o desconforto e evitamento social relativo a situações sociais novas ou com crianças desconhecidas (SAD-New), e o desconforto e evitamento que é sentido, duma forma geral, na companhia dos pares (SAD-General) (LaGreca & Sone, 1993). Os resultados obtidos com a utilização da SASC-R, numa amostra de crianças da

população geral, permitem diferenciar crianças com e sem problemas de relacionamento com os pares (*ibidem*).

Ginsburg, La Greca e Silverman (1998) procuraram alargar os dados psicométricos desta escala a uma população clínica, nomeadamente crianças com distúrbios de ansiedade. Os resultados deste estudo confirmam a solução de três factores (FNE, SAD-New e SAD-Geral), sugerindo que estes três componentes de ansiedade social são conceptualmente importantes no caso de crianças com distúrbios de ansiedade. Relativamente às propriedades psicométricas da SASC-R nesta população, o presente estudo indica uma boa consistência interna

[389] Fobia Social na Infância e Adolescência

e elevadas correlações entre as subescalas, dados estes, semelhantes aos obtidos em estudos anteriores. Os resultados mostraram, ainda, que a escala permite distinguir as crianças com e sem ansiedade social, aspecto que é particularmente importante na avaliação dos distúrbios ansiosos na infância. Com base na informação recolhida, os autores sugerem que a SASC-R é um instrumento útil na identificação de crianças em risco de desenvolver distúrbios assentes na ansiedade social, bem como na avaliação de mudanças dos níveis de ansiedade social ocorridas durante e após o tratamento (Ginsburg, La Greca & Silverman, 1998).

Recentemente, La Greca desenvolveu uma versão desta escala para adolescentes, a qual designou de *Social Anxiety Scale for Adolescents* (SAS-A; La Greca, 1998 in La Greca & Lopez, 1998). A escala consiste em 18 itens que traduzem medo de avaliação negativa, desconforto e evitamento social, e 4 itens em aberto para serem completados pelos respondentes. À semelhança da SASC-R, esta revelou boas qualidades psicométricas e uma estrutura factorial idêntica, constituída pelos mesmos 3 factores ou subescalas (La Greca & Lopez, 1998; La Greca & Stone, 1993).

O Inventário de Ansiedade e Fobia Social para Crianças (SPAI-C; Beidel, Turner, & Morris, 1995) é constituído por 26 itens que procuram avaliar a fobia social, segundo os critérios do DSM, em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 8 e os 17 anos de idade. O estudo de análises factoriais revelou a existência de três factores primários: assertividade/conversação geral, encontros sociais tradicionais e desempenho em público (Beidel, Turner, & Morris, 1995). Resultados preliminares apontam para valores excelentes relativamente à fidedignidade teste-reteste (.85 para duas semanas de intervalo), à validade concorrente (obtidos através de correlações significativas com outras medidas de ansiedade) e à validade discriminante, mostrando diferenciar crianças com distúrbio de ansiedade social de controlos normais (Beidel, Turner, & Morris, 1995). Outras investigações serão necessárias para avaliar a capacidade do SPAI-C discriminar os diferentes distúrbios de ansiedade na infância e adolescência.

Um outro constructo que é, potencialmente, relevante para a ansiedade social na infância é o autoconceito, particularmente a competência percebida no funcionamento social.

[390] Capítulo 12

De facto, uma forte auto-estima, neste e noutros domínios, pode servir para proteger as crianças de desenvolverem estados psicopatológicos (como, por exemplo a depressão) (Albano, DiBartolo, Heimberg, & Barlow, 1995). o **Self-Perception Profile for Children - SPPC**; (Harter, 1982), formado por 28 itens, avalia a percepção que a criança tem de si própria acerca da suas competências em 5 domínios específicos: académico, desportivo, social, comportamental (conduta) e aparência. A estrutura factorial deste instrumento permitiu identificar 4 subescalas que medem o auto-valor cognitivo, físico, social e geral. Esta escala mostrou-se relacionada positivamente com a avaliação sociométrica realizada pelos pares. Os resultados do estudo de Strauss e cols. (1989) revelaram que as crianças ansiosas referem sentir-se menos competentes socialmente que os sujeitos do grupo clínico de controlo (nomeadamente, o grupo de distúrbios "externalizados", que inclui o distúrbio de conduta e o distúrbio de défice de atenção e hiperactividade), e que o grupo de crianças normais (isto é, naquelas em que não foi identificado qualquer distúrbio psiquiátrico). Em relação às crianças com fobia social, estas evidenciaram pontuações mais baixas na subescala referente à competência cognitiva, comparativamente às crianças com distúrbio de Hiperansiedade e às crianças não ansiosas (Beidel, 1991b). Este instrumento tem, também, formatos de avaliação paralelos para pais e professores que, segundo a autora, apresentam uma boa fidelidade e validade (Harter, 1982).

Outros questionários têm sido utilizados para avaliar as aptidões sociais ou auto-afirmativas das crianças e adolescentes. Apesar de não ser clara a relação entre aptidões sociais e fobia social, é recomendável avaliar aptidões sociais como uma forma de orientar o tratamento e os objectivos terapêuticos para as crianças e adolescentes. A *Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters* e o *Teenage Inventory of Social Skills* são duas medidas frequentemente utilizadas para esse efeito.

A Avaliação de Aptidões Sociais de Matson para Jovens (MESSY - Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters; Matson, Rotatori, & Helsel, 1983) é constituída por 62 itens que procuram avaliar a competência social dos jovens. As crianças ansiosas tem mostrado défices de aptidões sociais, quando comparadas com crianças

[391] Fobia Social na Infância e Adolescência

normais, nomeadamente, maior timidez e isolamento social (Strauss *et al.*, 1989). À semelhança de outros instrumentos específicos da infância ou adolescência, esta medida tem, também, uma versão paralela para ser utilizada pelos professores.

O Inventário de Aptidões Sociais dos Jovens (TISS-Teenage Inventory of Social Skills; Inderbitzen & Foster, 1992) foi desenvolvido para identificar os adolescentes com aptidões sociais pobres e ajudar a seleccionar comportamentos-alvo para intervenção. O TISS consiste em 40 itens, 20 dos quais avaliam comportamentos sociais positivos, e os outros 20 avaliam comportamentos sociais negativos. A fidedignidade teste-reteste, com duas semanas de intervalo, para as escalas de comportamentos positivos e negativos foi, respectivamente, de .90 e .72, e a consistência interna foi de .85 para ambas as escalas. Foram, ainda apontadas, uma adequada validade concorrente e discriminante. Apesar do TISS ser um bom instrumento para a avaliação de competências sociais, é ainda notória a ausência de investigação sobre a utilização desta escala na fobia social em adolescentes.

Mais estudos, realizados com populações clínicas, são necessários para avaliar a sua utilidade clínica.

Avaliação Cognitiva

Se, por um lado, podemos constatar progressos significativos e valiosos na avaliação do desenvolvimento cognitivo ao longo destes últimos anos, também é verdade que, relativamente à infância, nomeadamente ao funcionamento cognitivo das crianças ansiosas, pouco se conhece devido à escassez de investigações nesta área específica de avaliação (Francis, 1988; Kendall & Ronan, 1990a; Ollendick & Francis, 1988). Esta situação é explicada, em parte, pela própria complexidade da tarefa de avaliação, dada a natureza dinâmica do desenvolvimento cognitivo e a natureza fugaz dos pensamentos ou processos cognitivos a serem medidos. Concretizando, tratam-se de pensamentos fugazes e que estão, muitas vezes, associados a estados que as crianças procuram evitar ou escapar (Clark, 1986; Last, 1988). Neste sentido, existem poucos instrumentos vocacionados para avaliar as cognições das crianças ansiosas.

[392] Capítulo 12

O *Children's Cognitive Assessment Questionnaire* (CCAQ) e o *Children's Anxious Self-Statement Questionnaire* (CASSQ) são os exemplos mais citados na literatura científica.

O Questionário de Avaliação Cognitiva para Crianças (CCAQ)

- *Children's Cognitive Assessment Questionnaire*; Zatz & Chassin, 1983) foi desenvolvido com o objectivo de avaliar as auto-verbalizações das crianças com ansiedade a testes. É formado por pensamentos relativos a avaliações positivas (por exemplo, "Sou suficientemente inteligente para fazer isto"), a avaliações negativas ("Estou a fazer isto mal feito"), bem como pensamentos relacionados com a tarefa (por exemplo, "Quanto mais difícil é, mais tenho que tentar") e pensamentos irrelevantes para a tarefa (por exemplo, "Quem me dera estar em casa"). Os autores referem que, como seria de esperar, as crianças com ansiedade elevada às situações de testes apontam significativamente mais pensamentos de avaliação negativa e não relacionados com a tarefa, que as crianças com ansiedade baixa a testes.

Duma forma semelhante, o **Questionário de Auto-Verbalizações para Crianças Ansiosas**, de Kendall e Ronan (1990b, in Kendall & Ronan, 1990a), (**CASSQ**; *Children's Anxious Self-Statement Questionnaire*), pretende avaliar tanto as cognições positivas como as negativas. Com este objectivo é pedido à criança que assinale, para cada pensamento listado, a sua frequência durante a semana anterior, utilizando para tal uma escala que varia entre 1 (nunca) e 5 (sempre). Assim, esta medida global do conteúdo dos pensamentos consiste em duas subescalas: uma referente à auto-avaliação negativa e outra relativa às expectativas e autoconceito positivo. Kendall e cols. (1992) referem que as pontuações obtidas com esta medida permitem distinguir crianças clinicamente ansiosas de crianças não ansiosas. Como seria suposto, as crianças ansiosas pontuam, geralmente, mais alto na escala de auto-avaliação negativa que na escala de auto-avaliação positiva. Embora os dados preliminares relativos à fidedignidade do CASSQ, utilizado em amostras de crianças normais e crianças com distúrbios de ansiedade, apontem para valores aceitáveis (Kendall

et Al., 1991; Ronan, Rowe, & Kendall, 1988, *in* Albano, *et al.*, 1995), é necessária uma maior validação empírica desta escala aplicada a crianças e adolescentes com fobia social.

[393] Fobia Social na Infância e Adolescência

Uma outra estratégia utilizada para avaliar as cognições e os pensamentos das crianças ou adolescentes é o **procedimento de pensar em voz alta**. Este consiste em pedir às crianças que verbalizem os pensamentos originados por uma situação geradora de ansiedade, os quais são gravados durante um curto período de tempo, e posteriormente classificados. O estudo de Fox, Houston e Pittner (1983) usou este procedimento para comparar as cognições de crianças com ansiedade-traço alta e baixa antes da exposição a uma situação *stressante* (por exemplo, um teste). Os autores encontraram uma adequada fidedignidade entre avaliadores relativamente às diversas escalas utilizadas para classificar as transcrições de pensamentos em voz alta.

Com base nos resultados obtidos na investigação da avaliação cognitiva em crianças, Kendall e Chansky (1991) sugerem que os métodos de endosso podem ser superiores às abordagens de listagens de pensamentos, dada a natureza fugaz das cognições referidas.

Até à data, existem poucos dados que permitam uma maior compreensão acerca das respostas cognitivas adaptativas das crianças a situações *ansiágenas*. Para o conhecimento e compreensão da ansiedade, toma-se urgente o desenvolvimento de novos estudos que avaliem o impacto das várias categorias de cognições sobre os sistemas de resposta (Kendall & Chansky, 1991; Kendall, *et al.*, 1992; Albano *et al.*, 1995).

Auto-monitorização

No que respeita à utilização da auto-monitorização na avaliação dos distúrbios ansiosos nas crianças e adolescentes, não existe, do nosso conhecimento, muita informação válida sobre este tema. Contudo, a investigação recentemente desenvolvida por Beidel, Neal e Lederer (1991) permitiu analisar a fidelidade e validade dos dados recolhidos através de registos de auto-monitorização, numa amostra de crianças. Estes autores utilizaram registos diários para monitorizar sintomas de ansiedade em 32 crianças com ansiedade a exames e 25 crianças não ansiosas (controlo normal). Era pedido às crianças que registassem a hora do dia, o local, o acontecimento específico causador de ansiedade e as respostas a esses acontecimentos ou situações.

[394] Capítulo 12

Cerca de 60% das crianças com ansiedade a exames receberam outros diagnósticos de distúrbios de ansiedade, segundo os critérios do DSM-III-R, entre os quais se incluía a fobia social (34%). Estas crianças, com ansiedade a exames, mostraram uma grande preocupação com a avaliação social manifestada em diversos locais ou contextos. No DSM-IV (APA, 1994), a ansiedade a exames aparece listada como um exemplo de fobia social.

Os resultados obtidos neste estudo permitiram concluir que as crianças, duma forma geral, cumprem a tarefa de monitorização e que são capazes de fornecer dados confiáveis

(Beidel, Neal, & Lederer, 1991). As crianças ansiosas referem comportamentos significativamente mais desconfortáveis e negativos, bem como um maior evitamento, que as crianças não ansiosas. No caso das crianças com fobia social, as respostas de ansiedade apontadas referem-se a situações de avaliação social, como ler em voz alta, ser chamado pelo professor e escrever no quadro na sala de aula (Albano *et al.*, 1995; Francis & Radka, 1995; Leary & Kowalski, 1995).

Observação Comportamental

Uma das formas de avaliar a ansiedade durante as interações sociais é através da observação, a qual permite desenvolver uma avaliação individualizada da criança. Consequentemente, o uso da observação ajuda o clínico a identificar comportamentos-alvo específicos e a classificar esses comportamentos antes, durante e depois do tratamento. A criança pode não conseguir pôr em palavras os seus receios, as circunstâncias em que eles são desencadeados e a maneira como se comporta, pelo que o terapeuta pode colocar a criança em determinadas situações sociais (análogas ou ao vivo) e observar, de perto, as reacções da criança quando se sente ansiosa. Existem formas mais ou menos estruturadas de observar e captar os comportamentos típicos de ansiedade, tais como impossibilidade de estar quieto, roer as unhas, evitamento do contacto visual, tom de voz baixo, etc.. Entre as estratégias de observação mais estruturadas contam-se a *Preschool Observation Scale of Anxiety* - POSA e a *Behavioral Avoidance Task*-BAT.

[395] Fobia Social na Infância e Adolescência

A **Escala de Observação Pré-escolar de Ansiedade** (POSA; *Preschool Observation Scale of Anxiety*) construída por Glennon e Weisz (1978) é um instrumento padronizado que permite fornecer indicadores comportamentais de ansiedade nas crianças. Utilizando uma metodologia de amostragem de tempo, os avaliadores assinalam a presença de 30 sinais comportamentais de ansiedade definidos operacionalmente, tais como choro, morder as unhas, sussurrar, queixas físicas, e expressões verbais de medo ou preocupação. Esta escala possui uma boa fidedignidade e validade e mostrou-se relacionada positivamente com outras classificações de níveis gerais de ansiedade na infância (Silverman, 1991). Um dado interessante é o facto de terem sido encontradas pontuações mais altas para todas as crianças quando são avaliadas sem a presença da mãe. Apesar desta escala ter sido desenvolvida e validada para uma amostra pré-escolar, é provável que, também, seja clinicamente útil com crianças mais velhas (Ollendick & Francis, 1988).

A **Tarefa de Evitamento Comportamental** (BAT; *Behavioral Avoidance Task*) é outra medida de observação Comportamental largamente utilizada, uma vez que fornece informação clínica útil acerca das respostas de *coping* e evitamento dadas pelos sujeitos. Esta tarefa consiste em submeter as crianças a situações que lhes provocam ansiedade, e avaliar os comportamentos de aproximação ou evitamento que são tomados (Kendall *et al.*, 1991; Ollendick & Francis, 1988). Infelizmente, estes procedimentos sofrem duma falta de padronização não permitindo comparações entre os estudos. Por outro lado, as propriedades psicométricas desta forma de avaliação têm, ainda, que ser melhor exploradas.

De qualquer maneira, nem as observações directas estruturadas, nem as não estruturadas são suficientes para avaliar a ansiedade, uma vez que não existe um comportamento único que seja patognomónico da ansiedade na infância.

Avaliação Psicofisiológica

Se os estudos sobre a avaliação fisiológica da ansiedade nos adultos não são muito frequentes, salientando-se a necessidade de

[396] Capítulo 12

mais investigações, relativamente à infância esta situação é ainda mais notória. As críticas a este tipo de avaliação mencionam quer o custo elevado em tempo e dinheiro, quer a sua reduzida utilidade. Além disso, as medidas fisiológicas mais usadas (por exemplo, cardiovasculares), carecem de dados normativos adequados; podem também, ser influenciadas por efeitos resultantes da expectativa, por emoções que não a ansiedade, e pela actividade motora e perceptiva ocasional. As crianças parecem, ainda, ter padrões idiossincráticos de resposta durante a avaliação fisiológica (Kendall *et al.*, 1991).

Recentemente, Beidel e colaboradores publicaram algumas investigações sobre a utilidade e fidedignidade da avaliação psicofisiológica nas crianças ansiosas (Beidel, 1988, 1991a, 1991b; Turner, Beidel & Epstein, 1991). Os resultados evidenciaram que os grupos de crianças com ansiedade social, incluindo aqueles com ansiedade a exames ou outras formas de fobia social, (por exemplo, tarefas socialmente relevantes, como ler em voz alta) assinalam um aumento da resposta cardíaca (Beidel, 1988, 1991b). Em contraste com as crianças não ansiosas, os sujeitos da amostra clínica exibem uma frequência do batimento cardíaco continuamente elevada, durante a tarefa, sem qualquer evidência de habituação da resposta à situação (Beidel, 1988, 1991b; Turner, Beidel & Epstein, 1991).

Dados resultantes da psicologia do desenvolvimento sugerem que, para algumas crianças, as respostas fisiológicas a situações geradoras de ansiedade (por exemplo, o batimento cardíaco) podem ser um sinal da presença dum temperamento ansioso (Beidel, 1989).

Medidas de Avaliação Familiar e Escalas para os Professores

A avaliação da família é uma área que, embora pouco explorada no domínio da avaliação da ansiedade na infância e adolescência, tem vindo a revelar-se como uma estratégia potencialmente enriquecedora, já que a maioria dos modelos teóricos reconhece explicitamente a influência da família e de outros contextos sociais no desenvolvimento da ansiedade infantil. O recente estudo de Caster, Inderbitzen e Hope (1999),

[397] Fobia Social na Infância e Adolescência

conduzido numa amostra de jovens com fobia social, revelou a importância clínica da avaliação das percepções dos pais e dos jovens relativamente ao meio familiar e estilo de

práticas parentais, bem como a observação directa do funcionamento familiar (Caster, Inderbitzen & Hope, 1999).

Assim, a utilização de uma medida global do meio familiar que examine a natureza do ambiente geral da família, bem como os aspectos problemáticos das relações pais-filhos, pode fornecer resultados interessantes para a compreensão da etiologia e manutenção da ansiedade nas crianças e adolescentes. Instrumentos como o *Issues Checklist* (IC; Prinz, Foster, Kent, & O Leary, 1979), o **Questionário de Comportamentos Conflituais** (*Conflict Behavior Questionnaire - CBQ*; Prinz, et al., 1979) e a **Escala do Meio Familiar** (*Family Environment Scale*; Moos, 1986) são algumas das formas disponíveis para avaliar as características descritivas das famílias das crianças ansiosas, assim como para sugerir áreas que possam beneficiar duma intervenção ou duma avaliação empírica mais detalhada.

Mais recentemente, na área dos distúrbios ansiosos tem-se vindo a desenvolver um interesse particular pela avaliação familiar, nomeadamente pelo estilo de processamento de informação da família quando é confrontada com situações ambíguas, bem como os meios que utiliza para lidar com essas situações. A *Family Anxiety Coding Schedule* (Dadds, Heard & Rapee, 1994), é um dos métodos que permite examinar estas interacções específicas, revelando informação valiosa a respeito das interacções complexas da criança e características da família na manutenção da ansiedade na infância.

Outro contributo importante, tanto para fins de investigação como para efeitos de diagnóstico e tratamento, em psicopatologia da infância e adolescência, é a informação obtida junto dos professores. Esta informação é recolhida, na maior parte das vezes, através de questionários estandardizados que permitem facilmente confrontar resultados obtidos em diferentes contextos. O *Revised Behavior Problem Checklist* (RBPC; Quay & Peterson, 1983 in Francis & Radka, 1995) e o *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach & Edelbrock, 1978), nas versões para professores, são aqueles que mais se têm destacado nesta área. Em Portugal, Fonseca e cols., (1995) aplicaram o

[398] Capítulo 12

Inventário de Comportamentos da Criança para Professores (ICCP), também conhecido sob a designação de *Teacher Report Form* (TRF) a uma amostra de crianças portuguesas e os resultados permitiram concluir que o ICCPR é um instrumento útil para o estudo da psicopatologia da criança e do adolescente (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1995).

A participação da criança no processo de avaliação coloca questões quer de natureza geral (por exemplo, reconhecer que tem problemas ou dificuldades), quer de natureza específica (por exemplo, evocação da duração, ordenação e covariação temporal dos sintomas). À medida que a criança cresce a fidedignidade da sua informação tende a aumentar, enquanto a dos pais tende a diminuir (Kendall *et al.*, 1991; DiBartolo, Albano, Barlow, & Heimberg, 1998). O facto de incluir pessoas significativas, como os pais ou professores no processo de avaliação vai aumentar a validade ecológica deste uma vez que permite identificar diferentes perspectivas e quantificar comportamentos observáveis noutros contextos. Contudo, algumas limitações estão, também, associadas à participação destes interlocutores. É o caso da ambiguidade e da variabilidade no processo de interpretação de sintomas e comportamentos ansiosos; a incapacidade de identificar

aspectos internos e não directamente observáveis da ansiedade ou a dificuldade em proceder à análise funcional dos comportamentos problemáticos. Não obstante estas limitações, a utilização de múltiplos informadores na avaliação das crianças ansiosas é uma prática largamente recomendada. No caso do diagnóstico principal ser a fobia social, este aspecto pode ser particularmente útil, já que as preocupações sociais e o medo de avaliação negativa, características definidoras deste distúrbio, poderão pôr em causa a validade das auto-repostas da criança (DiBartolo, *et al.*, 1998).

Intervenção Terapêutica

Só recentemente se começou a prestar atenção ao tratamento dos distúrbios ansiosos nas crianças, em geral, e da fobia social na infância, em particular. Ainda assim, ao fazê-lo, a maioria dos clínicos

[399] Fobia Social na Infância e Adolescência

tem-se baseado na literatura relativa ao tratamento destes distúrbios nos adultos para desenvolver métodos de tratamento eficazes com as crianças. Barrios e O'Dell (1989), Beidel e Morris (1993, *in* Albano *et al.*, 1995) e King (1993), em revisões da literatura acerca da utilização de tratamentos comportamentais em medos e ansiedade nas crianças, não encontraram qualquer estudo de um tratamento sistemático, controlado e metodologicamente fidedigno aplicado à fobia social em crianças e adolescentes.

Até à data, e do nosso conhecimento, não foi ainda publicado qualquer estudo de tratamento nesta área. No entanto, muito tem sido escrito sobre o tratamento de medos sociais e do isolamento social, pelo que iremos rever os procedimentos comportamentais e cognitivos usualmente utilizados nestes casos. Os estudos têm mostrado que as intervenções mais bem sucedidas com crianças com ansiedade social ou comportamentos de isolamento social são programas com múltiplos componentes. Alguns dos componentes mais comuns destes programas são o modelamento, a exposição, o manejo de contingências, o treino de aptidões sociais e a modificação do diálogo interno (reestruturação cognitiva). A seguir descreveremos, resumidamente, cada um destes aspectos, apresentando também evidência da sua eficácia.

Procedimentos baseados no paradigma do condicionamento clássico

Dessensibilização sistemática

O tratamento comportamental da ansiedade e comportamentos de evitamento nas crianças data dos trabalhos clássicos de Mary Cover Jones com o pequeno Pedro. Wolpe (1958, *in* Beidel e Morris, 1995), baseado nestes trabalhos, desenvolveu o que designou de dessensibilização sistemática, e que foi o procedimento mais utilizado no tratamento das fobias nos adultos e na redução de fobias e medos nas crianças (King *et al.*, 1988; Morris *et al.*, 1988, *in* Morris & Kratochwill, 1991).

[400] Capítulo 12

A dessensibilização sistemática assenta no pressuposto de que é possível reduzir o comportamento de medo e evitamento se emparelharmos sistemática e gradualmente estímulos que desencadeiam ansiedade, com estímulos que desencadeiam respostas antagónicas da ansiedade.

A dessensibilização sistemática clássica com as crianças consiste nos mesmos 3 passos básicos utilizados com adultos: (1) treino de relaxamento muscular (habitualmente uma versão modificada da técnica desenvolvida por Jacobson, e cujo fraseamento deve estar adaptado ao nível de desenvolvimento da criança) (Morris & Kratochwill, 1991); (2) construção de uma lista de cenas ansiógenas, ordenadas consoante o grau de ansiedade que provocam; (3) apresentação gradual, em imaginação, dos itens da hierarquia de estímulos enquanto a criança está relaxada¹.

Embora este procedimento pareça obter resultados tanto nas crianças como nos adolescentes com distúrbios de ansiedade (por ex., Barrios & O'Dell, 1989), é fácil compreender que é nas primeiras que este procedimento poderá levantar mais dificuldades. De facto, as crianças tanto podem manifestar dificuldade em imaginar os estímulos temidos (especialmente crianças com idade inferior a 9 anos) (Morris & Kratochwill, 1983), como em conseguir efectuar o relaxamento muscular. Para ultrapassar estas dificuldades, diversas variações do procedimento original podem ser levadas a cabo. As dificuldades em fazer relaxamento podem ser ultrapassadas ou insistindo no relaxamento por contração e descontração de grupos musculares mas utilizando histórias para o conseguir (Koeppen, 1974, *in* Kendal *et al.*, 1992), ou através da brincadeira, do jogo, da comida, do contacto com o terapeuta ou com a mãe ou até da raiva para conseguir uma resposta contrária à ansiedade enquanto a criança é confrontada em imaginação com os estímulos temidos. A dificuldade em imaginar poderá ser ultrapassada recorrendo a desenhos, figuras, fotografias, *slides* ou brinquedos para recriar a situação temida.

[401] Fobia Social na Infância e Adolescência

Um procedimento que visa ultrapassar ambas as limitações apontadas atrás é a imaginação emotiva (*emotive imagery*) (Lazarus & Abramovitz, 1962, *in* Morris & Kratochwill, 1991). Esta técnica envolve o uso de imagens inibidoras de ansiedade que desencadeiam sentimentos de excitação associados à aventura, bem como sentimentos de orgulho ou alegria. Começa por se construir uma hierarquia de situações temidas e por se averiguar quais os heróis/personagens preferidos da criança - com quais ela se identifica e de que forma. Depois, pede-se à criança que feche os olhos e imagine que é o seu super-herói ou personagem favorito (ex. o Homem-Aranha, Barbie, Tartaruga Ninja, Hércules) ou que está com ele. Começa por contar-se uma história em que o super-herói está a desempenhar as suas "tarefas habituais de super-herói". Depois, quando o terapeuta verifica que as emoções antagónicas já foram activadas, introduz, o primeiro item da hierarquia. Gradualmente, vão sendo introduzidas as cenas ansiógenas da hierarquia, procedendo-se de forma semelhante à dessensibilização sistemática clássica, até que o item mais ansiógeno seja ultrapassado.

Alguns estudos demonstraram a eficácia da imaginação emotiva em problemas de ansiedade (por ex., Chudy *et al.*, 1983; Stedman & Murphy, 1984), havendo também alguns

que verificaram a sua maior eficácia quando combinada com a exposição ao vivo (por ex., Hatzenbuehler & Schroeder, 1978; Ultee, Griffiaen & Schellekens, 1982). No entanto, um grande número de estudos efectuados nos anos 70 verificaram que os resultados da dessensibilização sistemática com fóbicos sociais não eram muito animadores (por ex., Hall & Goldberg, 1977, Marzillier, Lambert & Kellett, 1976, Trower, Yardley, Bryant & Shaw, 1978, Gelder, Bancroft, Gath, Johnson, Mathews & Shaw, 1973). Assim, a ênfase voltou-se para a exposição ao vivo, terapia cognitiva e, mais frequentemente, uma combinação das duas.

Exposição ao vivo

A forma de exposição mais utilizada no tratamento dos medos nas crianças é a exposição gradual, que consiste em expor progressivamente

[402] Capítulo 12

a criança aos estímulos temidos (identificados e hierarquizados) ao vivo sem recorrer ao relaxamento muscular progressivo². Nestes casos, o terapeuta acompanha a criança nas situações temidas encorajando-a a expôr-se. Alguns autores defendem que este procedimento não deixa de ser dessensibilização sistemática, embora ao vivo, sendo que a presença securizante da mãe ou terapeuta funcionaria como agente de contracondicionamento. Outros apontam que, como nestes casos o terapeuta efectua o comportamento antes da criança, o modelamento poderá ter um papel importante.

Pela nossa parte, pensamos que, embora todos estes aspectos possam estar presentes e ser importantes, a sua importância será fundamentalmente a de incentivar ou criar condições que facilitem a exposição, sendo esta a principal responsável pela eficácia do procedimento. A exposição permite à criança verificar que o que receia ou não acontece ou, se acontece, não tem consequências tão graves quanto imagina, ao mesmo tempo que lhe dá oportunidade de permanecer num ambiente social onde pode treinar aptidões essenciais a um adequado desenvolvimento social. Desta forma, embora a exposição seja uma estratégia derivada de um paradigma comportamental, ela é utilizada, não como forma de conseguir uma habituação às situações ou estímulos temidos, mas para conseguir uma mudança mais eficaz a nível cognitivo. Por este motivo, e como forma de atingir este objectivo, devemos, tal como nos adultos, ter atenção a comportamentos de segurança³ que a criança utilize na situação e que impeçam a desconfirmação daquilo que receia. Por ex., a criança vai ao bar com a mãe para comprar um bolo, tendo sido estabelecido que é a criança quem deverá fazer o pedido do bolo directamente ao empregado, para desconfirmar que não é capaz de se desvencilhar sozinha ou que o empregado não a vai perceber. Quando chega a sua vez de ser atendida, a criança, virando-se para a mãe, diz, apontando para o bolo. "eu queria este mas não sei o nome..."; tendo ouvido tal afirmação, o

[403] Fobia Social na Infância e Adolescência

empregado retira o bolo pretendido e dá-lho, sem que o bolo lhe tenha sido pedido directamente, impedindo a criança de se perceber como competente naquela situação.

Assim, apesar de a criança se ter exposto, o objectivo da exposição não foi plenamente atingido pela utilização de um comportamento de segurança.

Procedimentos baseados no paradigma do condicionamento operante

A utilização de procedimentos operantes em crianças com comportamentos de evitamento em situações sociais requer que seja efectuada uma avaliação precisa dos antecedentes e consequentes que estão a manter o medo e o comportamento de evitamento. A abordagem operante baseia-se na suposição de que a criança possui as aptidões sociais necessárias ao contacto social, mas não as utiliza por não terem sido (ou ainda não serem) suficientemente reforçadas por comportamentos sociais ou terem sido (ou ainda serem) erradamente reforçadas por comportamentos contrários a esses (ex. atenção da mãe por não ir a uma festa com os amigos)⁴. Assim, o tratamento inclui uma manipulação das contingências na escola, casa, ou outros contextos sociais com o objectivo de facilitar a interacção social.

Reforço positivo

A primeira técnica operante utilizada é o fornecimento de reforços positivos contingentes à realização de comportamentos sociais apropriados, ou seja, o reforço é definido em termos do seu efeito no comportamento de aproximação da criança às situações sociais ou de desempenho recebidas. Este procedimento tanto pode ser levado a cabo pelos pais como pelos professores, dependendo do contexto em que a criança se encontre.

[404] Capítulo 12

O reforço mais utilizado é o reforço social, nomeadamente a atenção, embora possam ser utilizados outros tipos de reforços como, por exemplo, *tokens*.

Quando a criança apenas apresenta aproximações do comportamento social desejado, pode utilizar-se um procedimento de moldagem (*shaping*). A utilização desta técnica pressupõe que não é necessário esperar até que o comportamento exacto seja emitido para que seja reforçado - reforçam-se aproximações sucessivas do comportamento final (ex. reforçar quando a criança fala com as visitas, ainda que o faça em voz muito baixa).

Embora vários estudos demonstrem que o fornecimento de reforço (nomeadamente reforço social) por parte de adultos aumenta a frequência das interacções sociais em crianças em idade pré-escolar com comportamentos de isolamento social (para uma revisão, ver Morris & Kratochwill, 1983), é importante notar que o fornecimento de reforço externo, só por si, produz apenas ganhos temporários (O'Connor, 1972; Ladd & Mize, 1983), ou seja, quando retirada a atenção contingente os ganhos terapêuticos não são mantidos. Para além disso, não existe evidência de que este procedimento tenha os mesmos resultados em crianças mais velhas. Este facto indica que o fornecimento de reforço positivo pode ser útil, principalmente com crianças mais pequenas, como uma forma de aumentar inicialmente a interacção social. No entanto, é necessário combinar este procedimento com outros (modelamento, treino de aptidões sociais, etc.), numa tentativa de construir um programa de

tratamento dirigido a vários aspectos das dificuldades da criança, de forma a aumentar a sua eficácia.

Prompting

O *prompting* (que pode ser traduzido por *incitamento*) é outra técnica operante que consiste em incentivar verbal ou fisicamente a criança a efectuar o comportamento-alvo. Não se trata de um procedimento negativo nem, tão pouco, coercivo; o seu único propósito é iniciar uma resposta adequada. Na fobia social, dizer algo como

[405] Fobia Social na Infância e Adolescência

”vai brincar com o teu colega” ou ”vai comprar um gelado; vá, tu és capaz”, são exemplos de incitamentos (*prompts*) verbais. Quanto aos incitamentos físicos, estes podem ser, desde pequenos ”empurrões” gentis dirigindo a criança na direcção pretendida, até piscadelas de olho ou palmadinhas nas costas. Os dois tipos de incitamento são, habitualmente, combinados, por exemplo, piscar o olho enquanto se diz ”vai lá, tu és capaz”.

Extinção Operante

Outro procedimento operante que poderá tomar-se importante é a extinção. A extinção requer que se identifiquem os reforços que estão a manter um comportamento desadequado e, posteriormente, se retirem todos esses reforços, de forma que o comportamento deixe de ser reforçado e se extinga. Um reforço poderoso e frequentemente ignorado, é o facto de os pais ou professores, inadvertidamente, prestarem mais atenção às crianças com fobia social quando estas manifestam comportamentos de inibição ou ansiedade social, ou conversando com elas ou mantendo-as mais perto de si. Alguns pais (ou outros significativos) chegam mesmo a manifestar expressões verbais e, mais frequentemente, não-verbais de contentamento quando a criança se recusa a sair ou a ir brincar com crianças da sua idade, preferindo conservar-se junto deles ”muito bem comportada”, em vez de andar a correr e a fazer ”trepelias” junto das outras crianças. Não é raro, inclusivamente, ouvirem-se pais de outras crianças dizerem-lhes ”olha como a ... se porta tão bem e não anda a correr nem a fazer barulho como tu”; ou os pais de uma criança com fobia social dizerem aos pais de outra, com uma certa expressão de contentamento e orgulho que contrasta com a expressão verbal ”este miúdo, por mais que lhe diga para ir brincar, nunca sai de ao pé de mim”. Nestas condições de discrepância, a mensagem verbal que parece indicar que o pai/mãe está a criticar o comportamento de inibição da criança não é, no entanto, suficientemente poderosa para se sobrepor à mensagem tácita não-verbal de que até está satisfeito por a criança exhibir tal comportamento. Estas expressões podem, sem ninguém se aperceber disso,

[406] Capítulo 12

estar a manter um comportamento de inibição social que poderá desencadear, a curto ou médio prazo, uma resposta de ansiedade quando a criança se encontrar perto de outras e se

sentir insegura acerca de como deve comportar-se, por não ter disposto de experiências suficientes de aprendizagem desses comportamentos. concomitantemente, esta ansiedade e insegurança poderão levar a criança a criar uma auto-imagem como inadequada em situações sociais, constituindo esta o núcleo para o desenvolvimento e manutenção de uma fobia social. Esta auto-imagem poderá ser, por sua vez, reforçada por comentários do tipo "porque é que tu não és como as outras crianças?", emitidos quando, finalmente, se percebe a criança com fobia social como manifestando um comportamento social diferente do que é esperado para a sua idade. Por todas estas razões, é importante identificar qualquer tipo de reforço de comportamentos sociais desadequados e proceder rapidamente à sua extinção, nunca sem esquecer que a extinção provoca, num primeiro momento, um aumento do comportamento-problema, e nunca sem se fazer acompanhar a extinção de métodos de reforço de comportamentos sociais adequados.

Reforço diferencial de outro comportamento

Uma técnica que combina técnicas de reforço com técnicas de extinção é o reforço diferencial de outro comportamento (DRO - *differential reinforcement of other behavior*). Este procedimento implica submeter o comportamento-problema à extinção, enquanto se reforçam outros comportamentos adequados. Por exemplo, elogiar a criança por ter falado com as visitas, ignorando que foi por pouco tempo e que logo a seguir se retirou para o seu quarto.

Uma variante deste procedimento é o reforço diferencial de um comportamento incompatível com o comportamento-problema (DRI - *differential reinforcement of incompatible responding*). Por exemplo, elogiar quando a criança interage um pouco com colegas e ignorar se não o fizer. Ignorar não significa ignorar completamente a criança; significa apenas não prestar atenção nem fazer qualquer comentário especial ao facto de se ter recusado a brincar, ao mesmo tempo que

[407] Fobia Social na Infância e Adolescência

não se lhe presta uma atenção especial por ter escolhido ficar junto dos pais/professores.

O objectivo da extinção, nestes casos, é fazer a criança sentir e notar que não tem qualquer vantagem em se recusar a envolver em comportamentos sociais apropriados à idade e que, se escolher fazê-lo, aquilo que obtém é pouco ou nada interessante. Pelo contrário, o objectivo do reforço positivo é propiciar um ambiente em que a criança sinta que o comportamento social é valorizado e vantajoso; simultaneamente, permite-lhe ir modificando gradualmente a visão de si como socialmente inadequada, já que vai ouvindo comentários positivos ao seu desempenho social. Esta modificação cognitiva é essencial, uma vez que aumenta a expectativa de auto-eficácia em situações sociais e, conseqüentemente, a probabilidade de a criança tomar a iniciativa de se envolver em e de continuar interações com os pares. Estas interações permitem, por sua vez, continuar a desenvolver as suas aptidões sociais, a modificar a percepção de ameaça social e a diminuir a ansiedade, reforçando a mudança cognitiva.

Procedimentos baseados no paradigma da aprendizagem social

A teoria da aprendizagem social de Bandura defende que a aprendizagem e a modificação de comportamentos ocorre através da observação de comportamentos de outros e das consequências que daí resultam (Bandura, 1969, *in* Beidel & Morris, 1995; Bandura, 1977). É esta teoria que está na base dos procedimentos de modelamento que se utilizam na prática clínica.

As técnicas de modelamento têm-se mostrado eficazes no tratamento de comportamentos de medo e de evitamento de situações sociais (Barrios & O'Dell, 1989). O modelamento tanto pode ser utilizado para promover a aprendizagem de novas aptidões, como para reduzir o medo em determinadas situações, quando a criança verifica que o modelo não tem consequências negativas e que, pelo contrário, poderá até ter consequências positivas ao envolver-se na situação temida.

[408] Capítulo 12

Modelamento passivo

O modelamento pode ser levado a cabo de diversas formas. A criança pode observar o modelo num filme (modelamento simbólico) ou ao vivo (modelamento ao vivo - mais eficaz do que o anterior), enquanto este lida adequadamente com os estímulos temidos e evitados pela criança. A seguir a esta demonstração, a criança é incitada a imitar o modelo, ou seja, a praticar o comportamento observado, enquanto o terapeuta vai fornecendo *feedback* e reforço positivo quando o comportamento da criança se aproxima do modelo. Depois da prática na sessão segue-se a prática das aptidões no ambiente natural.

Para aumentar a probabilidade de o comportamento modelado ser aprendido e reproduzido, é importante que a criança tenha facilidade em identificar-se com o modelo. Para isso, este deverá ser, preferencialmente, do mesmo sexo, raça e idade da criança com fobia social e não deverá apresentar um comportamento perfeito; deverá ser, antes, um modelo de *coping* que enfrente as situações temidas, manifestando algum medo e hesitação no início, mas ultrapassando gradualmente o medo e comportando-se de uma forma cada vez mais confiante (Gottman, Gonso & Shuler, 1976; Jakibchuk & Smeriglio, 1976, *in* Hughes, 1988; Melamed & Siegel, 1975; Meichenbaum, 1971). Para além disso, este modelo poderá ser utilizado para modelar auto-verbalizações de *coping*, o que toma o processo de modelamento mais eficaz (por ex., Jakibchuk & Smeriglio, 1976, *in* Hughes, 1988).

Relativamente à criança que observa o modelo, destacamos o facto de esta não dever estar demasiado ansiosa durante o modelamento, o que interferiria com a atenção e retenção das pistas do comportamento modelado, o que requer que as situações modeladas avancem gradualmente em função do grau de ansiedade sentido pela criança.

Modelamento participativo

Os procedimentos anteriores podem ainda utilizar-se numa modalidade de modelamento em que a criança não se limita apenas a observar o modelo.

No modelamento participativo, o modelo realiza o comportamento receado pela criança, ao mesmo tempo que o terapeuta (que pode ou não ser o modelo) incentiva, apoia e orienta fisicamente a criança para que esta o siga e realize o mesmo comportamento. Ollendick (1979) sugeriu que este procedimento seria mais eficaz do que o modelamento simbólico. Provavelmente, vários factores contribuem para esta maior eficácia na redução dos medos da criança. Por um lado, a prática ajuda a criança a reter o comportamento modelado. Por outro, a criança vai ganhando confiança à medida que se envolve na situação temida, isto é a sua percepção de auto-eficácia vai aumentando. Finalmente, vai tomando consciência de que a experiência é segura e tem consequências positivas, o que aumenta as expectativas de resultados (Hughes, 1988).

Morris & Kratochwill (1983) confirmaram a existência de evidência da eficácia do modelamento simbólico, ao vivo, passivo e participativo no tratamento de medos nas crianças, especialmente nos medos de animais, de ir ao dentista e de hospitalizações, o que pode não se aplicar à fobia social, para a qual, mais uma vez, não existem dados empíricos. Relativamente ao isolamento social, o mais frequentemente presente nos estudos tem sido o modelamento simbólico, o qual se tem apresentado como eficaz em crianças em idade pré-escolar (resultados que não podem ser generalizados a crianças mais velhas) (O'Connor, 1972; Keller & Carlson, 1974, *in* Hughes, 1988; Evers-Pasquale & Sherman, 1975; Evers & Schwartz, 1973).

Modelamento coberto

Existe ainda um tipo de modelamento simbólico frequentemente utilizado - o modelamento coberto. Neste procedimento, o modelo não está presente nem é visualizado externamente mas a criança imagina (por ex., através de histórias) o que determinada pessoa, personagem ou herói (o modelo) faz ou faria nas situações-problema (Rosenthal, 1980, *in* Morris & Kratochwill, 1983). Embora a eficácia deste procedimento esteja já verificada em adultos, o mesmo não acontece para a população infantil.

Treino de aptidões sociais

A ansiedade experienciada em situações sociais pode ser resultado de competências inadequadas para lidar com essas situações. Este é o pressuposto subjacente à utilização do treino de aptidões sociais na fobia social. Com efeito, alguns fóbicos sociais apresentam défice de aptidões como, iniciar conversas, ser afirmativo ou conversar em grupo. Assume-se, então, que esse défice de aptidões sociais provoca ansiedade e que esta pode, consequentemente, ser ultrapassada com treino de aptidões.

Tal como nos adultos, o treino de aptidões sociais (TAS) pode ser útil para crianças que apresentem marcados défices de aptidões necessárias a interações sociais adequadas. Embora este tipo de programas tenha sido utilizado com crianças socialmente isoladas, a

sua eficácia com crianças especificamente diagnosticadas com fobia social não foi ainda investigada.

O TAS baseia-se nos procedimentos de modelamento apresentados atrás. As crianças são inicialmente instruídas acerca da importância, das consequências e de como executar uma série de aptidões sociais (ex. sorrir, estabelecer contacto visual, iniciar conversas). A criança observa, então, um modelo, enquanto este apresenta essas aptidões, após o que é incentivada a praticá-las, sendo acompanhada *de feedback e reforço*.

Embora se tenha verificado que o TAS aumenta a frequência de comportamentos anteriormente modelados (por ex., La Greca & Santogrossi, 1980; Whitehead, Hersen & Bellack, 1980; Ladd, 1981, *in* Hughes, 1988; Bierman & Furman, 1984, *in* Hughes, 1988), não foram verificadas mudanças relativamente a um aumento de aceitação pelos pares (por ex., Berler, Gross & Drabman, 1982; Whitehill, Hersen & Bellack, 1980). Para atingir este objectivo, e conjuntamente com TAS, devem levar-se a cabo estratégias mediadas por outras crianças presentes no ambiente natural da criança com problemas (Bierman & Furman, 1984, *in* Hughes, 1988) (falaremos da intervenção com pares mais adiante).

[411] Fobia Social na Infância e Adolescência

Reestruturação Cognitiva

O tratamento cognitivo da ansiedade social nas crianças foca-se na modificação das auto-verbalizações maladaptativas que contribuem para o comportamento de evitamento de situações sociais. Assim, procedimentos de reestruturação cognitiva são habitualmente utilizados (principalmente com crianças mais velhas) para debater cognições disfuncionais e promover verbalizações que as ajudem a lidar com as situações receadas, numa tentativa de facilitar comportamentos de aproximação social (Beidel & Morris, 1995).

Treino auto-instruicional de Meichenbaum

Uma estratégia largamente utilizada para modificar o diálogo interno é o treino auto-instruicional de Meichenbaum (1977), através do qual se ensina a criança a utilizar as suas cognições para modificar o seu comportamento.

Este procedimento envolve o modelamento de estratégias cognitivas (auto-verbalizações mais adaptativas), de acordo com a seguinte sequência: (1) um modelo adulto desempenha a tarefa enquanto fala consigo próprio em voz alta (modelamento cognitivo); (2) a criança desempenha a mesma tarefa enquanto é instruída pelo modelo (instrução externa aberta); (3) a criança desempenha a tarefa instruindo-se em voz alta (auto-instrução aberta); (4) a criança desempenha a tarefa instruindo-se em voz baixa (auto-instrução aberta esbatida) (depois de ter sido modelado pelo terapeuta); (5) a criança desempenha a tarefa instruindo-se de uma forma inaudível, através do discurso interno (auto-instrução coberta) (depois de ter sido modelado pelo terapeuta) (Meichenbaum, 1986).

Auto-verbalizações de competência e auto-instruções como "eu sou capaz", "vou tentar", "vou lá falar com elas; não há problema nenhum nisso", etc., podem ser treinadas para serem utilizadas em situações que provocam ansiedade, sendo o seu emprego reforçado através do elogio, atenção ou outra consequência positiva. Um ponto importante a

ter em conta é que as auto-instruções não devem ser muito elaboradas de modo a não interferirem com o desempenho na situação.

[412] Capítulo 12

Embora o treino auto-instrucional tenha já sido aplicado com sucesso no tratamento de outros medos infantis (por ex., Kanfer *et al.*, 1975; Graziano *et al.*, 1979; Peterson & Shigetomi, 1981), ainda não é possível dispor de estudos que o apliquem ao tratamento da fobia social. De qualquer forma, existe evidência indirecta da sua eficácia no tratamento de crianças com ansiedade social. Jakibchuk & Smeriglio (1976, *in* Hughes, 1988) verificaram que uma estratégia de modelamento simbólico em que o modelo apresentava auto-verbalizações de *coping* era mais eficaz do que o mesmo filme narrado na terceira pessoa.

Terapia racional emotiva e terapia cognitiva de Beck

A terapia racional emotiva (Ellis, 1962) ou a terapia cognitivo-comportamental baseada no modelo de Beck (Beck *et al.*, 1979, 1985) podem também ser utilizadas como estratégias de auto-controlo que ensinam a criança/adolescente a reconhecer e a modificar as suas cognições maladaptativas/crenças disfuncionais que conduzem ao sofrimento emocional e a comportamentos desadequados. Este objectivo é atingido ensinando a criança a substituir pensamentos mal-adaptativos como "é muito difícil; não consigo ir", por outros alternativos e mais racionais como "até pode ser um bocadinho difícil mas consigo ir e aguentar; depois passa".

Uma dificuldade em aplicar este tipo de técnicas a crianças mais pequenas é o facto de elas não estarem conscientes do que pensam quando ficam ansiosas, não estabelecerem ligação entre isso e a ansiedade e terem dificuldade em descobrir novas formas de pensar na situação ansiógena. Uma forma de ultrapassar essa dificuldade é utilizar banda desenhada com personagens (semelhantes à criança) com balões de pensamento vazios. Pode começar-se por situações simples para a criança treinar a atribuição de pensamentos aos personagens, passando-se depois para situações evocadoras de ansiedade (por ex., um grupo de crianças brinca e outra está de lado) em que, com a ajuda do terapeuta, a criança vai tentando preencher os balões referindo o que o personagem estará a pensar que o faz sentir mal. O terapeuta vai tendo o cuidado de lhe perguntar se os pensamentos que

[413] Fobia Social na Infância e Adolescência

ela está a atribuir ao personagem lhe costumam ocorrer a ela, ajudando-a a reconhecer que o que pensa influencia o que sente e faz. Depois, encoraja-se a criança a substituir esses pensamentos (nos balões) por outros mais adequados que lhe possam reduzir o desconforto e ajudar a comportar-se de uma forma mais adaptativa.

As investigações acerca da eficácia das estratégias cognitivas com este tipo de população são muito escassas, não permitindo retirar conclusões firmes, pelo que são necessários mais estudos nesta área. No entanto, vários estudos verificaram a eficácia de técnicas de reestruturação cognitiva no tratamento de ansiedade de avaliação em crianças

(por ex., Cavallaro & Meyers, 1986, *in* Albano *et al.*, 1995; Fox & Houston, 1981; Stevens & Pihl, 1983), pelo que esta nos parece uma área de investigação promissora.

Abordagens terapêuticas mediadas pelos pares

Mais uma vez, embora não tenham sido empregues estratégias mediadas por pares com crianças com fobia social, a investigação tem mostrado que elas podem ser uma estratégia útil no tratamento de crianças isoladas socialmente, como meio de facilitar mudanças no comportamento social e na aceitação pelos pares. Existem duas estratégias deste tipo mais vulgarmente utilizadas. Na primeira, os pares são incentivados e/ou treinados a aumentar o número de interações positivas que têm com a criança com ansiedade social (por ex., Christopher *et al.*, 1991; Paine *et al.*, 1982). Na segunda, são aumentadas as oportunidades de a criança interagir com colegas "normais" ou "populares" (Morris, Messer & Gross, *in* Beidel & Morris, 1995).

Este tipo de estratégias poderá ser conceptualizado como envolvendo um conjunto de procedimentos já referidos. Por um lado, os pares, nomeadamente os "populares" podem constituir-se como modelos de comportamentos sociais apropriados (são da mesma idade, do mesmo sexo, são significativos e a criança reconhece que é esse tipo de comportamentos que os toma populares, ou seja, reconhece as consequências positivas dos comportamentos pró-sociais exibidos pelos modelos). Por outro lado, os pares serão fontes importantes de

[414] Capítulo 12

reforço social, aspecto que é aumentado pelo facto de a própria situação ser estruturada e facilitadora das interações sociais. Um terceiro aspecto diz respeito ao facto de tais situações serem, no fundo, situações de exposição (em que a criança permanece em contacto com os estímulos temidos). Finalmente, todos os anteriores, por permitirem experiências de sucesso e de eficácia, podem fomentar modificações na percepção que a criança tem de si, dos outros e das suas relações com eles, alterando cognições negativas e crenças erradas que podem estar a manter o problema.

Abordagens mediadas por professores

A inclusão de uma intervenção com os professores aumenta a probabilidade de generalização e manutenção dos ganhos terapêuticos, uma vez que tenta incluir mais um contexto natural em que a criança se movimenta. Esta intervenção é, maioritariamente, baseada no fornecimento de *prompts* e de reforço positivo contingente à realização de comportamentos sociais adequados e na eliminação de atenção especial dada à criança quando estes não ocorrem⁵. Nos casos em que a criança permanece quase sempre "agarrada" ao professor (principalmente no caso das crianças em idade pré-escolar), é importante que este interaja mais com as outras crianças, uma vez que isto não só conduz a que não preste uma atenção especial à criança com ansiedade social, como a aproxima das outras, sendo semelhante a um procedimento de exposição ao vivo, fornecendo o professor encorajamento e orientação à criança para que esta se envolva nas actividades com os pares. Nestes casos, o professor está ainda a servir de modelo para aptidões tais como tomar a

iniciativa de se juntar e brincar com os outros. É ainda possível trabalhar com o professor, no sentido de este utilizar uma abordagem de treino de aptidões, modelando e

[415] Fobia Social na Infância e Adolescência

discutindo com toda a classe os aspectos positivos da interacção social (Tarplay & Sandargas, 1981, *in* Hughes, 1988; Oden & Asher, 1977, *in* Hughes, 1988).

Abordagens mediadas pelos pais

É hoje em dia amplamente reconhecido que as interacções familiares podem desempenhar um papel importante no desenvolvimento e manutenção de ansiedade nas crianças (por ex., Barrett *et al.*, 1996; Beidel, 1998, *in* Kaminer & Stein, 1999). Estas podem aprender os medos e ansiedade dos pais e estes podem reforçar o comportamento ansioso dando conforto e atenção ou retirando os estímulos aversivos quando a criança se mostra ansiosa (King *et al.*, 1988). Também na fobia social os pais podem reforçar os sintomas da criança (por exemplo, desencorajando os contactos sociais e reforçando o evitamento), pelo que se torna necessário, senão imperioso, modificar tais comportamentos.

Desta forma, embora em todos os casos os pais sejam envolvidos no processo (pelo menos, no caso das crianças), fornecendo informação, sendo esclarecidos acerca do problema, discutindo o programa de intervenção e ajudando a criança nas tarefas terapêuticas a realizar fora da sessão (por ex., a fazer exposição), é prestada uma atenção acrescida à intervenção com pais que pareçam desempenhar um papel importante na manutenção das dificuldades. Esta intervenção pode implicar estratégias mais ou menos estruturadas, pretendendo-se com isso alterar padrões de interacção, crenças e expectativas disfuncionais dos pais.

Uma das intervenções amplamente utilizada nos distúrbios infantis em geral, que também tem vindo a ser aplicada aos distúrbios de ansiedade, consiste no treino de pais em técnicas de manejo contingente. Este treino consiste em discutir e ensinar aos pais estratégias operantes de reforço positivo e extinção, que devem ser aplicadas de acordo com as recomendações feitas anteriormente, quando se discutiam as abordagens baseadas no paradigma de condicionamento operante. Para além deste treino, podem ainda ensinar-se os

[416] Capítulo 12

pais a funcionar como modelos para aquisição de competências tanto comportamentais como cognitivas (por ex., exporem-se ou manifestarem auto-verbalizações adaptativas).

Por outro lado, os pais podem apresentar expectativas, atribuições e crenças disfuncionais, nomeadamente expectativas irrealistas acerca do que deve ser o comportamento adequado em determinado nível de desenvolvimento (por ex., esperar que uma criança de 6 anos nunca se sinta envergonhada com estranhos), atribuições quase catastróficas (por ex., se a criança se mostra envergonhada é porque tem qualquer problema psicológico) e crenças acerca de como a criança se deve comportar ou de qual deve ser o seu próprio comportamento (por ex., considerar que a criança tem que ter um comportamento exemplar diante dos outros, ou que o seu dever como pais é assegurar este

comportamento exemplar, ainda que isto implique manter a criança junto de si o tempo todo). Nestes casos, o terapeuta pode discutir estes aspectos com os pais, tentando modificá-los.

Pode ainda acontecer que um dos pais ou toda a família esteja a passar por momentos difíceis e que isso interfira com a criança (por ex., conflitos conjugais ou divórcio em que a mãe espera que a criança lhe faça companhia, reduzindo os seus contactos sociais). Também estes aspectos devem ser abordados, na tentativa de esses problemas não prejudicarem a terapia e o desenvolvimento adequado da criança.

Se a ansiedade dos pais parecer contribuir para a ansiedade da criança (por ex., um dos pais apresenta também um distúrbio de ansiedade, muitas vezes uma fobia social), esse aspecto deve ser discutido e devem ser apresentadas sugestões acerca de como mudar essa situação, podendo mesmo ser sugerido que os pais iniciem, eles próprios, um processo terapêutico (Beidel, 1998, *in* Kaminer & Stein, 1999) ⁶.

Quando se trabalha com os pais, há que ter cuidado para que o facto de o terapeuta estar com os pais não colocar em perigo a relação com a criança /adolescente. Para se proteger disto, o terapeuta deve discutir com a criança a necessidade de estar com os pais, assegurar-lhe

[417] Fobia Social na Infância e Adolescência

que não vai fornecer informação acerca dela que ela não queira (pedindo mesmo que a criança especifique que coisas não gostaria que fossem repetidos aos pais), e disponibilizar-se para responder a questões da criança acerca do que foi discutido entre os pais e o terapeuta (excepção feita a assuntos que dizem exclusivamente respeito aos pais, por ex., fornecer pormenores de problemas entre o casal).

A aplicação do treino de pais a casos de fobia social não está muito documentada (Barrett *et al.*, 1996), embora vários estudos tenham demonstrado a sua eficácia nos distúrbios de ansiedade na infância quando combinado com intervenções cognitivo-comportamentais focadas na criança (Dadds *et al.*, 1991, *in* Sanders, 1996; Barrett *et al.*, 1993 *in* Sanders, 1996; Barrett *et al.*, 1996; Cobham *et al.*, 1998). A eficácia da utilização de estratégias menos estruturadas nestes casos tem, também, sido demonstrada (McDermott *et al.*, 1989, *in* Kaminer & Stein, 1999).

Na fobia social em adultos, os estudos têm comprovado a eficácia de tratamentos que incluem elementos comportamentais e elementos cognitivos (ver Pinto Gouveia & Salvador, cap. 10 deste livro). Da mesma forma, investigações que examinaram o tratamento da timidez e ansiedade de avaliação na adolescência mostraram que tanto aptidões comportamentais como aptidões para resolução de problemas sociais requeriam uma intervenção directa (por ex., Christoff *et al.*, 1985, *in* Albano *et al.*, 1995). Tanto na fobia social nas crianças como nos adolescentes, podem combinar-se entre si vários procedimentos decorrentes dos diferentes paradigmas, resultando daí uma eficácia aumentada (Francis & D'Elia, 1994; Strauss, 1988, *in* Francis & Radka, Kendall *et al.*, 1992; DiGiuseppe, 1993). Um exemplo disto é a "prática com reforço" (uma combinação de exposição gradual com reforço positivo) em que a criança é reforçada positivamente por permanecer na presença do estímulo temido por períodos progressivamente mais longos

(Leitenberg & Callahan, 1973). Também Albano e cols. (1991, *in* Albano *et al.*, 1995), num programa de terapia de grupo para adolescentes fóbicos sociais, incluíram aspectos psico-educacionais, treino de aptidões sociais, auto-monitorização, exposição ao vivo, reestruturação cognitiva e, em algumas (poucas) sessões, a presença dos pais.

[418] Capítulo 12

Este trabalho inovador tenta, mais do que modificar métodos desenvolvidos para os adultos, construir uma intervenção específica que tenha em consideração o meio social, nível cognitivo-desenvolvimental e aptidões comportamentais exibidas pelos participantes. Esta intervenção inovadora poderá ser o ponto de partida para o desenvolvimento de futuros programas de intervenção especialmente concebidos e específicos para crianças e/ou adolescentes com fobia social.

Prevenção de Recaídas

A prevenção de recaídas é um aspecto particularmente importante na preparação da criança para o fim do tratamento. Pensa-se muitas vezes que a prevenção de recaídas é feita nas últimas sessões. Embora, efectivamente, as últimas sessões sejam basicamente aproveitadas para levar a cabo estratégias que visam evitar a recaída, a verdade é que desde o início do tratamento o terapeuta deve preocupar-se com esta questão, utilizando todas as estratégias adequadas que lhe permitam conseguir a manutenção e generalização dos ganhos, diminuindo, assim, a probabilidade duma recaída. Não querendo repetir algumas estratégias já mencionadas e que são eficazes e importantes para a manutenção e generalização dos ganhos (por ex., utilizar vários agentes em vários contextos), passamos a referir alguns procedimentos que nos parecem cruciais para a prevenção de recaídas.

Atribuição dos sucessos ao esforço pessoal

Desde o início do processo a criança deve ser reforçada pelos ganhos alcançados, tendo o terapeuta o cuidado de a ajudar a estabelecer a ligação entre o esforço que dispendeu e as vantagens que retirou daí. É importante que a criança reconheça que é graças ao seu esforço que os ganhos vão sendo obtidos e que a terapia vai avançando. Esta percepção de auto-eficácia ajudará a criança a esforçar-se por resolver os problemas que possam surgir após o fim da terapia.

[419] Fobia Social na Infância e Adolescência

Estratégias de auto-regulação

As estratégias de auto-regulação, através das quais as crianças regulam o seu próprio comportamento, aumentam a probabilidade de generalizar e manter os ganhos terapêuticos, sendo, por isso, um componente importante da intervenção e da prevenção de recaídas.

O treino de auto-regulação tem como objectivo ensinar, de uma forma sistemática, táticas de auto-regulação do comportamento utilizadas informalmente por crianças mais velhas e adultos. Neste tipo de treino, as crianças podem ser ensinadas a monitorizar, avaliar e reforçar-se pelo seu comportamento. Os dois principais tipos de treino de auto-regulação são as estratégias operantes e o treino auto-instrucional de Meichenbaum (1977). O primeiro enfatiza as contingências de auto-reforço enquanto o segundo enfatiza o importante papel mediador do discurso interno. No entanto, ambos requerem a motivação da criança para modificar o seu comportamento e enfatizam a importância da auto-observação, auto-avaliação e auto-reforço.

Todos os tipos de estratégias de auto-regulação são ensinadas através de intervenções complexas incluindo instruções verbais, modelamento, ensaio de comportamentos, *prompting*, *feedback* e reforço.

As aptidões de auto-regulação não são fáceis de aprender. Principalmente, ensinar às crianças o porquê e quando utilizar autoinstruções e garantir que elas o façam pode ser mais difícil do que ensinar-lhes o como auto-instruir-se (Friedling & O'Leary, 1979). Não obstante esta dificuldade, alguns estudos têm utilizado este tipo de estratégias de auto-regulação no tratamento de medos infantis (para uma revisão, ver Morris & Kratochwill, 1991). Existe uma ampla evidência de que crianças desde os cinco anos são capazes de observar e fornecer informações acerca do seu comportamento, bem como de o reforçar (Gelfand, Jenson & Drew, 1982, *in* Gelfand & Hartman, 1984; Karoly, 1977). Ao contrário, pode ser extremamente difícil fazer com que uma criança tão nova consiga pôr em prática auto-instruções (Gelfad & Hartman, 1984).

[420] Capítulo 12

Construção de uma visão realista

O facto de as consultas terminarem significa que a criança/adolescente nunca mais se sentirá ansiosa em situações sociais ou nunca mais terá dificuldades em lidar com elas? É claro que não. Todos nós, ainda que não tenhamos sido fóbicos sociais, nos sentimos desconfortáveis numa ou noutra situação social e todos nós passamos por situações em que nos avaliamos como não tendo lidado bem com elas. Porque haveria de passar a ser diferente com quem passa por um processo terapêutico? Assim, é objectivo da terapia transmitir a ideia de que o seu fim não significa o acabar de todos os problemas. Se assim é, então é natural que a criança/adolescente, mais tarde ou mais cedo, se confronte com uma situação com a qual seja difícil de lidar. O que se pretende transmitir é que existirão insucessos (totais ou parciais) ao longo do tempo, que devem ser vistos como oportunidades de treinar as competências aprendidas e de aprender algo que possa ser aproveitado para futuras situações. É importante, neste ponto, fazermos a distinção entre um "deslize (*lapse*) - uma situação com que não se lidou muito eficazmente - e uma recaída (*relapse*) (Brownell *et al.*, 1986). Esta distinção é explicada tanto à criança como aos pais, para evitar que se interprete um deslize como "já estraguei tudo", "já estou outra vez na mesma", "já voltou ao mesmo", interpretações estas que podem diminuir a percepção de auto-eficácia da criança e a confiança dos pais nas estratégias aprendidas e na eficácia da própria criança, podendo conduzir a uma verdadeira recaída. O terapeuta deve, ainda, tentar

antecipar possíveis situações que possam desencadear dificuldades e eventualmente conduzir a "deslizes", abordando com a criança as possíveis estratégias a implementar nesses casos.

Deve ser desencorajada a atribuição dos insucessos a características globais e internas (por ex., "eu não consigo"), clarificando que os erros/insucessos fazem parte da vida de todos e de todos os dias e que não são desculpas para se desistir; são sim oportunidades para começar de novo com uma força acrescida (Kendall *et al.*, 1992).

[421] Fobia Social na Infância e Adolescência

O Show

Um outro procedimento dentro da prevenção de recaídas e ao qual as crianças aderem com entusiasmo consiste em gravar (em áudio ou vídeo, "para ajudar outras crianças a ultrapassarem o problema") ou, simplesmente, fazer o *roleplay* de uma situação em que a criança é o protagonista. Nesta situação, podemos pedir à criança que elabore um guião duma história em que ensina o terapeuta a lidar com as situações sociais que ela própria receava, utilizando as estratégias que aprendeu (mais simplesmente, o terapeuta pode, sem guião, ir dando dicas para que a criança o treine em como lidar com essas situações). Pode ainda gravar-se um anúncio de publicidade ao plano utilizado para ultrapassar a fobia social, sendo a criança o entrevistado que faz publicidade à intervenção (Kendall *et al.*, 1992).

Sessões defollow-up

Agendar sessões de *follow-up* mostra à criança que o contacto com o terapeuta não termina abruptamente e que ele continuará a trabalhar com ela para a ajudar no que for necessário. As sessões de *follow-up* servem, além do anterior, não só para avaliar e acompanhar o progresso da criança, mas também para identificar situações difíceis passíveis de provocarem "deslizes" que poderão vir a acontecer num futuro próximo ou que aconteceram há relativamente pouco tempo (por ex., mudança de escola, novo grupo de amigos). Sendo este o caso, a sessão deve ser estruturada de forma a relembrar as competências comportamentais e cognitivas aprendidas para que não comece, novamente, a evitar situações mais ansiógenas.

Para além de todos estes componentes, e como referem Kendall e cols. (1992, p. 172), "o princípio orientador da actividade da criança no pós-tratamento pode ser resumida a três palavras: praticar, praticar, praticar".

[422] Capítulo 12

Relação Terapêutica

Deixamos propositadamente para o fim aquilo que deve estar presente desde o início e que consideramos ser uma base fundamental para a eficácia de qualquer intervenção - uma boa relação terapêutica. Frequentemente esquecida nos textos que abordam as

estratégias comportamentais e cognitivas a que é possível recorrer para o tratamento de medos e ansiedade infantis em geral e da fobia social em particular, a relação terapêutica não só é essencial para a aplicação dessas técnicas de mudança como, frequentemente, é, ela própria, o princípio activo de mudança, ao permitir que a criança estabeleça com o terapeuta uma relação diferente de todas quantas dispõe.

Longe de fazermos uma abordagem exaustiva da utilização da relação terapêutica, não queremos, no entanto, deixar de referir alguns cuidados que julgamos importantes no estabelecimento de uma boa relação com crianças e adolescentes que apresentem um quadro de fobia social.

Os cuidados iniciam-se logo na primeira consulta. Uma vez que, principalmente no caso das crianças, os pais poderão estar presentes, e considerando como mais provável que a criança com fobia social tenha dificuldade em falar com o terapeuta e em fornecer informação, é tentador focarmo-nos mais nos pais para recolher a informação de que necessitamos. Contudo, este procedimento exclui a criança do processo, podendo reforçar que, tal como provavelmente ela já acredita, ela não é *capaz* de falar nem de se expressar competentemente, necessitando dos pais para o conseguir. Por este motivo, é importante que o terapeuta tente desde logo estabelecer contacto com a criança, perguntando-lhe primeiro a ela aquilo que quer saber e que lhe diz directamente respeito. No caso de a criança demorar muito tempo a responder, exibindo um comportamento de inibição (por ex., postura "encolhida", olhos baixos, mãos a mexerem nervosamente, olhar posto nos pais para que sejam eles a responder), várias medidas poderão ser tomadas. Por um lado, o terapeuta poderá desdramatizar a situação, dizendo, por exemplo, que é normal que ela esteja um bocadinho envergonhada porque não nos conhece e que a outros meninos acontece o mesmo. Esta intervenção colocará o seu comportamento num plano considerado normal e tem como objectivo não aumentar a ansiedade e inibição da criança ao ver que não consegue responder, deixando-a mais à vontade para o fazer. Por outro lado, não deve

[423] Fobia Social na Infância e Adolescência

deixar-se que os pais respondam sistematicamente por ela, interrompendo-os delicadamente mas firmemente quando vão para o fazer e deixando claro que é o que a criança terá para dizer que é importante e interessa ouvir. Deve, ainda, cortar comentários dos pais como "responde à Dra", "porque é que não falas? é sempre a mesma coisa", o que aumenta a ansiedade da criança que passará a sentir-se avaliada e criticada, diminuindo a probabilidade de, efectivamente, ela responder. Também aqui o terapeuta deve interromper ou neutralizar estes comentários, desdramatizando; por exemplo, dizer muito naturalmente que a criança não tem que responder logo às perguntas colocadas e que poderá levar o tempo que quiser para responder. Isto denota que o terapeuta não tem pressa e que pode esperar pela resposta da criança. No entanto, o silêncio que se poderá gerar enquanto se espera pela resposta pode, ele próprio, ter um efeito inibitório, por a criança se aperceber que está a demorar muito tempo e que estão todos à espera dela. Como tal, ao fim de um tempo considerado razoável, o terapeuta poderá, mais uma vez, dizer com um tom de voz muito natural "preferia que fosses tu a dizer-me mas se quiseres, por agora, talvez possamos perguntar aos pais; queres?". Este comentário deixa claro que, embora seja importante a resposta da criança, o terapeuta respeita o seu desejo de ainda não falar (por não querer e

não por não ser *capaz*), *não a* pressionando. Este cuidado em manter a criança presente e activa deve também verificar-se quer aquando do planeamento da intervenção terapêutica, quer aquando do prosseguimento da mesma, não esquecendo que o processo terapêutico é um processo de colaboração entre o terapeuta, a criança e os pais e que, como tal, a informação e participação da criança é um ingrediente fundamental para o sucesso da intervenção.

Voltando às dificuldades na recolha de informação, um outro entrave ao fornecimento de informação pela criança e, posteriormente ao envolvimento desta no processo terapêutico, é, muitas vezes, o facto de a criança perceber o seu problema como uma falha. Aqui, a relação terapêutica é essencial para ajudar a criança a permitir que outra pessoa (o terapeuta) conheça as dificuldades que sente, tentando transmitir que muitas pessoas, mesmo adultas têm coisas que as incomodam e que isso não é vergonha nenhuma.

[424] Capítulo 12

É também necessário o terapeuta manter presente que a criança/adolescente com fobia social (como, aliás, o adulto) manifesta preocupação acerca de agradar ao terapeuta e receia a sua avaliação negativa, tal como lhe acontece com outras pessoas do seu ambiente natural. Este facto pode manifestar-se tanto pela preocupação em responder bem (o que muitas vezes faz com que não responda) como pela preocupação em fazer perfeito qualquer coisa que o terapeuta lhe peça (por ex., um desenho). Por este motivo, o terapeuta deve esforçar-se por manter uma postura não-avaliativa, não emitir juízos de valor, não fazer comentários ambíguos (que a criança possa interpretar como críticas veladas) e não utilizar expressões que denotem admiração quando a informação é emitida (o que reforçaria que, realmente, o que acontece com a criança é "anormal" e o terapeuta também o considera assim). Relativamente a este ponto, é ainda importante que, ao longo do processo, o terapeuta ajude a criança a arriscar-se a ser imperfeita ou a produzir um trabalho imperfeito, sem que isso acarrete qualquer criticismo, devendo o próprio terapeuta dar o exemplo, manifestando por vezes falhas naquilo que diz ou faz (por ex., enganar-se a dizer uma palavra, ou tropeçar na frente da criança e de outras pessoas) e desdramatizando a situação (por ex., rir-se de si próprio e prosseguir o que estava a dizer ou a fazer).

Dentro dos cuidados em não desencadear ou aumentar o receio de avaliação negativa da criança/adolescente, devemos, ainda, incluir o não infantilizar a consulta. De facto, por vezes, ou porque a criança é muito pequena, ou porque, pelas próprias dificuldades, parece mais nova do que aquilo que é, ou porque o terapeuta quer certificar-se de que a criança percebe o que lhe diz, poderá ser fácil o terapeuta falar com a criança/adolescente de uma forma infantil ou desadequada relativamente à idade que ela apresenta. Este comportamento deverá ser evitado para não transmitir à criança a ideia de que a achamos "bebé" e incompetente, o que só dificultaria a relação.

Como parece ter ficado claro, a relação com crianças e adolescentes com fobia social pode não ser fácil. Por este motivo, o terapeuta pode sentir necessidade de, desde cedo, cativar a criança. Com este objectivo, pode começar imediatamente por ser bastante expansivo e bastante reforçador (por ex., elogiando frequente e exuberantemente).

[425] Fobia Social na Infância e Adolescência

Pensamos que este é um comportamento contraproducente, tanto porque este tipo de comportamentos poderá colocar a criança ainda menos à vontade, como poderá ter como consequência imprimir uma ideia de falsidade à relação, uma vez que a criança se apercebe de que nem o tipo de relação que tem com o terapeuta permite, ainda, tal tipo de procedimento, nem aquilo que ela fez ou disse foi tão brilhante ao ponto de merecer tal destaque. Assim sendo, a criança poderá interrogar-se acerca do porquê de tal atitude por parte do terapeuta e a resposta provável é que ele está a tentar ser demasiado simpático e, portanto, falso. Esta interpretação não favorece em nada o estabelecimento de uma boa relação terapêutica, sendo preferível construir uma relação sólida que a criança percepcione como verdadeira, ainda que demore mais tempo.

Conclusões

Embora os distúrbios ansiosos na infância e adolescência sejam muito frequentes, e constituam o principal motivo de pedido de ajuda psicológica, existe, ainda, uma escassez de informação clínica sistematizada e válida neste domínio.

No caso da fobia social ou distúrbio de ansiedade social verifica-se uma larga sobreposição com outros diagnósticos de ansiedade (nomeadamente, com o distúrbio de evitamento, distúrbio de hiperansiedade, distúrbio de ansiedade generalizada) que as diferentes versões do DSM têm procurado resolver. O refinamento de critérios de classificação tem vindo a permitir uma clarificação do diagnóstico de fobia social enquanto entidade nosológica autónoma aplicada à infância e adolescência. Segundo os critérios do DSM-IV (APA, 1994) o distúrbio de ansiedade social na infância pode ser confinado a situações específicas (como por exemplo, falar em público ou fazer um teste) ou manifestar-se na maioria das situações sociais. Este último subtipo generalizado do distúrbio de ansiedade social corresponde melhor ao distúrbio evitante da infância, tal como era anteriormente definido pelo DSM-III-R, que o subtipo específico.

[426] Capítulo 12

Ficou claro, através da apresentação das características clínicas da fobia social nas crianças e adolescentes, que se trata de um distúrbio capaz de provocar sofrimento emocional e consequências desastrosas na vida destes jovens. As suas dificuldades típicas (ansiedade e desconforto excessivos em contextos sociais, medo de avaliação negativa por parte dos outros e, conseqüente evitamento das situações sociais geradoras de ansiedade) limitam o seu dia-a-dia, diminuindo significativamente o seu funcionamento social e académico, o que reforça, muitas vezes, a sua baixa auto-estima, isolamento social e sentimento de desajustamento ou incompetência social. Por sua vez, a incidência da fobia social neste período torna-os, também, vulneráveis ao desenvolvimento de outros problemas psiquiátricos em adulto.

Frequentemente associado à fobia social na infância e adolescência aparecem outras complicações como a recusa à escola, mutismo selectivo e depressão, o que chama a atenção para a importância dum diagnóstico diferencial.

Na área da avaliação, como seria de esperar, é recomendável a utilização de diversas estratégias e diversos informadores (pais, professores, amigos) em diversos contextos (escola, casa).

O diagnóstico do distúrbio de ansiedade social nas crianças e jovens pode ser um processo complexo devido a várias razões. Primeiro, os critérios de diagnóstico não aprofundam os aspectos desenvolvimentais da ansiedade social e dos medos sociais através de grupos de idade. Segundo, é, muitas vezes, difícil diferenciar os sintomas do distúrbio de ansiedade social de outros sintomas frequentes nos distúrbios da infância, nomeadamente aqueles em que a ansiedade e o evitamento são aspectos centrais. Por último, não podemos deixar de apontar, que só recentemente se começou a assistir ao desenvolvimento de técnicas de avaliação válidas para o diagnóstico do distúrbio de ansiedade social na infância e adolescência.

Alguns dos sintomas de distúrbio de ansiedade social traduzem-se em manifestações comportamentais observáveis; outros podem, apenas, ser avaliados através de auto-relatos da criança acerca da sua experiência interna. Relativamente às estratégias de avaliação comportamental, cognitiva e fisiológica utilizadas para avaliação da ansiedade na infância e adolescência, verifica-se que é, ainda, uma área que exige uma maior atenção empírica.

[427] Fobia Social na Infância e Adolescência

Para cada método de avaliação devem ser recolhidos dados normativos e ter em conta as diferenças desenvolvimentais que podem afectar a administração do método e/ou os dados recolhidos através de determinado método. Por outro lado, é importante que futuras investigações procurem, também, desenvolver uma avaliação clínica que explore a relação entre cognições, comportamentos e respostas fisiológicas associadas à fobia social. Ainda, uma avaliação compreensiva e multimodal que examine as relações entre ansiedade social e outros constructos relacionados (por exemplo, características familiares, aptidões sociais, auto-competência) é outro procedimento recomendável em próximos estudos, já que poderá acrescentar informação relevante para a compreensão clínica da ansiedade social.

Em relação ao tratamento, é também evidente a quase inexistência de estratégias de intervenção específicas para a fobia social nas crianças e adolescentes. Abordámos alguns métodos mais utilizados nos distúrbios ansiosos na infância e adolescência, que aplicamos na nossa prática clínica à fobia social. Parece-nos evidente que os métodos abordados não são mutuamente exclusivos, devendo sim utilizar-se várias estratégias (decorrentes de paradigmas diferentes), múltiplos agentes, em diversos contextos, para construir um programa capaz de fazer face às múltiplas dimensões que caracterizam este quadro. No entanto, gostaríamos de realçar que não deve tratar-se de um programa eclético, mas sim de um conjunto integrado de procedimentos, que, ainda que provenientes de diferentes orientações teóricas, se conjugam para atingir um objectivo geral - mudar a percepção que a criança faz de si e das situações sociais. Apesar da multiplicidade de métodos apresentados, é necessário continuar os esforços para desenvolver e validar intervenções específicas para a fobia social nesta população.

A relação terapêutica é um aspecto crucial da intervenção, devendo construir-se sem pressas, num clima de verdadeira aceitação e disponibilidade, transmitindo confiança nas capacidades da criança para resolver o seu problema.

Dada a natureza crônica, limitações e complicações associadas à fobia social, a sua detecção e intervenção precoces são indispensáveis.

[428] Capítulo 12

Neste sentido, torna-se importante aumentar o conhecimento deste distúrbio entre professores, pais, pediatras e profissionais de saúde mental. Só um esforço conjugado permitirá prestar à criança uma ajuda eficaz e eficiente, ajudando-a a ultrapassar o pesado fardo que pode ser uma fobia social.

Referências Bibliográficas

- Achenbach, T & Edelbrock, C. (1978). The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, 1275-1301.
- Albano, A. M., DiBartolo, P. M., Heimberg, R. G., Barlow, D. H. (1995). Children and Adolescents: Assessment and Treatment. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope and F. R. Schneier (Eds), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. Guilford Press, New York.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.) Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed. Ver.) Washington, DC Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Washington, DC: Author.
- Amies, P. Gelder, M. & Shaw, P. (1983). Social Phobia: a comparative clinical study. *Br. J. Psychiat.*, 142, 174-179.
- Anderson, J. Williams, S., McGee, R. & Silva, P. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children *Archives of General Psychiatry* 44, 69-76.
- Anstending, K. (1999). Is elective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM-IV classification. *Journal of Anxiety Disorders* 13, 417-534.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R. & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2, 333-342.
- Barrios, B. A., & O'Dell, S. L. (1989). Fears and anxieties. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (pp. 167-221). New York: Guilford Press.
- Beck, A., & Emery, G., (1979). *Cognitive Therapy of Anxiety and Phobic Disorders* Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.
- Beck, A., Emery, G & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective* New York: Basic Books.
- Beidel, D. C. (1988). Psychophysiological assessment of anxious emotional states in children *Journal of Abnormal Psychology* 97, 80-82.

[429] Fobia Social na Infância e Adolescência

- Beidel, D. C. (1989). Assessing anxious emotion: A review of psychophysiological assessment in children. *Clinical Psychology Review*, 9, 717-736.
- Beidel, D. C. (1991a). Determining the reliability of psychophysiological assessment in childhood anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 139-150.
- Beidel, D. C. (1991b). Social phobia and overanxious disorder in school-age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30, 545-552.
- Beidel, D. C., Neal, A. M., & Lederer, A. S. (1991). The feasibility and validity of a daily diary for the assessment of anxiety in children. *Behavior Therapy*, 22, 505-517.
- Beidel, D. C. & Morris, T. L. (1995). Social phobia. In John S. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York Guilford Press.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1995). A new inventory to assess childhood social phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment* 7, 73-79.
- Beitchman, J., Nair, R., Clegg, M. et al. (1986). Prevalence of psychiatric disorders in children with speech and language disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 528-535.
- Berler, E. S., Gross, A. M. & Drabman, R. S. (1982). Social skills training with children: proceed with caution. *Journal of Applied Behavior Analysis* 15, 41-53.
- Black, B., & Uhde, T. W. (1992). Elective mutism as a variant of social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31, 1090-1094.
- Brownell, K. D., Marlatt, G. A. Lichtenstein, E. & Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41, 765-776.
- Burke, R. & Stephens, R. (1999). Social anxiety and drinking in college students: a social cognitive theory analysis *Clinical Psychology*, 19, 513-530.
- Cantwell, D., & Baker, L. (1987). The prevalence of anxiety in children with communication disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 239-248.
- Caster, J., Inderbitzen, H., & Hope, D. (1999). Relationships between youth and parent perceptions of family environment and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 237-251.
- Christopher, J S., Hansen, D. J. & MacMillan, V. M. (1991). Effectiveness of peerhelper intervention to increase children's social interactions. *Behavior Modification* 15, 22-50.
- Chudy, J. F., Jones, G. E. & Dickson, A. L. (1983). Modified desensitization approach for the treatment of phobic behavior in children: a quasi-experimental case study. *Journal of Clinical Child Psychology* 12, 198-201.
- Clark, D. M. (1986). Cognitive therapy for anxiety. *Behavioural Psychotherapy*, 14, 283-294.
- Cobham, V. A., Dadds, M. R. & Spence, S. H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66, 893-905.

- Costello, E. (1989). Child psychiatric disorders and their correlates: a primary care pediatric sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 851-855.
- Curry, J. & Murphy, L. (1995). Comorbidity of anxiety disorders. In J. S. Marsh (Ed), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (pp. 301-320). New York: Guilford Press.
- Dadds, M. R., Heard, P. M., & Rapee, R. M. (1994). Behavioral observation. In T. H. Ollendick, N. J. King, & W. Yule (Eds.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children* (pp. 349-364). Boston Allyn & Bacon.
- DiBartolo, P., Albano, A., Barlow, D., & Heimberg, R. (1998). Cross-informant agreement in the assessment of social phobia in youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 213-220.
- DiGmseppe, R. (1993). Comprehensive cognitive-behavior therapy with a socially isolated child. In Jossey-Bass (Eds.), *Cognitive therapies in action* (pp. 160-184). Jossey-Bass Publishers San Francisco.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart Press.
- Evers, W. L. & Schwartz, J. C. (1973). Modifying social withdrawal in preschoolers: the effects of filmed modeling and teacher praise. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1, 248-256.
- Evers-Pasquale, W. L. & Sherman, M. (1975). The reward value of peers: a variable influencing the efficacy of film modeling in modifying social isolation in preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, 179-189.
- Fonseca, A. C. (1992). Uma escala de ansiedade para crianças e adolescentes: "o que eu penso e o que eu sinto". *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI, 141-145.
- Fonseca, A. C. (1993). Medos em crianças e adolescentes: Um estudo sobre a população portuguesa: *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVII, 1, 75-92.
- Fonseca, A., Rebelo, J., Ferreira, A., Pires, C., Formosinho, M., Silva, J. T., & Gregório, M. (1999). Uma nova escala de ansiedade para crianças: A escala de Spence. *Psychologica*, 21, 97-111.
- Fonseca, A. C., Simões, A., Rebelo, J. A., Ferreira, J. A., & Cardoso, F. (1995). O inventário de comportamentos da criança para professores - Teachers Report Form (TRF). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXIX, 81-102.
- Fox, J. E., & Houston, B. K. (1981). Efficacy of self-instructional training for reducing children's anxiety in an evaluative situation. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 509-515.
- Fox, J. E., Houston, B. K., & Pittner, M. S. (1983). Trait anxiety and children's cognitive behaviors in an evaluative situation. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 149-154.
- Francis, G. (1988). Assessing cognition in anxious children. *Behavior Modification*, 12, 267-280.
- Francis, G. (1990). Social phobia in childhood. In C. G. Last & M. Hersen (Eds),

[431] Fobia Social na Infância e Adolescência

Handbook of child and adult psychopathology: A longitudinal perspective (pp. 163-168). New York: Pergamon Press.

- Francis, G. & D'Elia, F. A. (1994). Avoidant disorder. In T. H. Ollendick, N. J. King & W. Yule (Eds.), *Handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 131-143). New York: Plenum Press.
- Francis, G. & Ollendick, T. H. (1990). Behavioral treatment of social anxiety. In Eva L. Findler & G. R. Kalfus (Eds.), *Adolescent behavior therapy handbook* (pp. 127-145) New York: Springer.
- Francis, G., & Radka, D. (1995). Social Anxiety in Children and Adolescents. In Murray B. Stein (Ed.), *Social Phobia clinical and research perspectives* (pp. 119-143). Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- Friedling, C. & O'Leary, S. G. (1979). Effects of self-instructional training on second - and third grade hyperactive children: a failure to replicate. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 8, 211-219.
- Gelder, M. G., Bancroft, J. H. J., Gath, D. H., Johnston, D. W., Mathews, A. M., & Shaw, P. M. (1973). Specific and non-specific factors in behavior therapy. *British Journal of Psychiatry*, 123, 445-462.
- Gelfand, D. M. & Hartman, D. P. (1984). *Child behavior analysis and therapy*. New York: Pergamon Press.
- Ginsburg, G., La Greca, A., & Silverman, W. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: Relation with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 175-185.
- Glennon, B., & Weisz, J. R. (1978). An observational approach to the assessment of anxiety in young children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1246-1257.
- Gottman, J. M., Gonso, J. & Schuler, R. (1976). Teaching social skills to isolated children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 4, 179-197.
- Graziano, A. M., Mooney, K. C., Huber, C. & Ignasiak, D. (1979). Self-control instruction for children's fear reduction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 221-227.
- Graziano, A., DeGiovanni, I., & Garcia, K. (1979). Behavioral treatment of children's fears: A review *Psychological Bulletin*, 86, 804-830.
- Hall, R. & Goldberg, D. (1977). The role of social anxiety in social interaction difficulties. *British Journal of Psychiatry*, 131, 610-615.
- Harter, S. (1982). The Perceived Competence Scale for Children. *Child Development*, 53, 87-97.
- Hatzenbuehler, L. C. & Schroeder, H. E. (1978). Desensitization procedures in the treatment of childhood disorders. *Psychological Bulletin*, 85, 831-844.
- Hodges, K., McKnew, D., Cytryn, L., Stern, L., & Kline, J. (1982). The Child Assessment Schedule (CAS) diagnostic interview: A report on reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 21, 468-473.
- Hughes, J. N. (1988). *Cognitive behavior therapy with children in schools*. New York: Pergamon Press.

[432] Capítulo 12

- Inderbitzen, H. & Foster, S. (1992). The Teenage Inventory of Social Skills: Development, reliability, and validity. *Psychological Assessment*, 4, 451-459.

- Inderbitzen-Pisaruk, H. Clark, M., & Solano, C. (1992). Correlates of loneliness in mid adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 151-167.
- Ingman, K., Ollendick, T., & Akande, A. (1999). Cross-cultural aspects of fears in African children and adolescents. *Behavioral Research and Therapy*, 37, 337-345.
- Johnson, S., Melamed, B. (1979). The assessment and treatment of children's fears. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds), *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol. 2, pp. 107-139). New York: Plenum Press.
- Kaminer, D., & Stem, D. (1999). Social anxiety disorder in children and adolescents. In H. G. M. Westenberg & J. a den Boer (Eds.), *Focus on psychiatric Social Anxiety Disorder* (pp. 117-131). Syn-Thesis Publishers.
- Kanfer, F. H., Karoly, P. & Newman, A. (1975). Reduction of children's fear of the dark by competence-related and situational threat-related verbal cues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 251-259.
- Karoly, P. (1977). Behavioral self-management in children: concepts, methods, issues and directions. In M. Hersen, R. Eisler & P Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (vol. 5). New York: Academic Press.
- Kashani, J. & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 147, 313-318.
- Kendall, P. & Chansky, T. (1991). Considering cognition in anxiety-disordered children. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 167-185.
- Kendall, P. & Chansky, T., Freidman, M., Kim, R., Kortlander, E., Sessa, F., & Siqueland, L. (1991). Treating anxiety disorders in children and adolescents. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (pp. 131-164). New York: Guilford Press.
- Kendall, P. C., Chansky, T. E., Kane, M. T., Kim, R. S., Kortlander, E., Ronan, K. R., Sessan, F. M. & Siqueland, L. (1992). *Anxiety disorders in youth: cognitive-behavioral interventions*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Kendall, P., & Ronan, K. (1990a). Assessment of children's anxieties, fears, and phobias: Cognitive-behavioral models and methods. In C. R. Reynold & R. W. Kamphaus (Eds.), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior, and context* (pp. 223-244). New York: Guilford Press.
- Kendall, P., & Ronan, K. (1990b). Unpublished manuscript, Department of Psychology, Philadelphia In Kendall, P., & Ronan, K. (1990a). Assessment of children's anxieties, fears, and phobias: Cognitive-behavioral models and methods. In C. R. Reynold & R. W. Kamphaus (Eds.), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior, and context* (pp. 223-244). New York: Guilford Press.
- King, N. J. (1993). Simple and social phobias. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz

[433] Capítulo 12

- (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (vol. 15, pp. 305-341). New York: Plenum Press.
- King, N., Hamilton, D., & Ollendick, T. (1988). *Children's phobias: A behavioral perspective*. Chichester, UK: Wiley.

- Kovacs, M. (1978). The Interview Schedule for Children (ISC): Inter-rater and parent-child agreement. Unpublished manuscript.
- Ladd, G. W. & Mize, J. (1983). A cognitive-social learning model of social skill training. *Psychological Review*, 90, 127-157.
- LaGreca, A., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.
- LaGreca, A., & Stone, W. (1993). Social Anxiety Scale for Children-Revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 17-27.
- LaGreca, A. M. & Santogrossi, D. D. (1980). Social skills training with elementary school students: a behavioral group approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 220-228.
- Last, C. (1988). Introduction. *Behavior Modification*, 12, 163-164.
- Last, C., Hersen, M., Kazdin, A., Finkelstein, R., & Strauss, C. (1987). Comparison of DSM-III separation anxiety and overanxious disorders: Demographic characteristics and patterns of comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 527-531.
- Last, C., & Strauss, C. (1990). School refusal in anxiety-disordered children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 31-35.
- Last, C., Strauss, C., Frances, G. (1987). Comorbidity among childhood anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 726-730.
- Leary, M. & Kowalski, R. (1995). *Social Anxiety*. NY: Guilford Press.
- Leitenberg, H. Callahan, E. (1973). Reinforced practice and reduction of different kinds of fears in adults and children. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 19-30.
- Lewinsohn, P., Zinbarg, R., Seeley, J., Lewinsohn, M., Sack, W. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescence. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 377-394.
- March, J., Sullivan, K., & Parker, J. (1999). Test-retest reliability of the Multidimensional Anxiety Scale for Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 349-358.
- Marzillier, J. S., Lambert, C. & Kellet, J. (1976). A controlled evaluation of systematic desensitization and social skills training for social inadequate psychiatric patients. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 225-228.
- Matson, J., Rotatori, A., & Helsel, W. (1983). Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson Evaluation of Social**

[434] Capítulo 12

- Skills with Youngsters (MESSY). *Behaviour Research and Therapy*, 21, 335-340.
- McGee, R., Fehan, M., Williams, S., Partridge, F., Silva, P., & Kelly, J. (1990). DSM-III-R disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 611-619.
- Meichenbaum, D. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: a means of developing self-control. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 77, 115-126.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: an integrative approach*. New York: Plenum Press.

- Meichenbaum, D. (1986). Cognitive behavior modification. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change* (pp. 357-392). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Meichenbaum, D. & Genest, M. (1980). Cognitive behavior modification: an integration of cognitive and behavioral methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change* (2nd Ed.), New York: Pergamon Press.
- Melamed, B. & Siegel, L. (1975). Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 511-521.
- Montgomery, S. A. (Ed.) (1995). *Social Phobia: a clinical review*. WPA Social Phobia Task Force.
- Moos, R., (1986). *Family Environment Scale manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Morris, R. J. & Kratochwill, T. R. (1983). *Treating children's fears and phobias: a behavioral approach*. New York: Pergamon Press.
- Morris, R. & Kratochwill, T. (1991). Childhood fears and phobias. In Thomas R. Kratochwill & Richard J. Morris (Eds.) 2nd ed., *The practice of child therapy*, (pp.76-114). General Psychology Series.
- Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B., van Brakel, A., Thissen, S., Moulaert, V., & Gadet, B. (1998). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) and traditional childhood anxiety measures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29, 327-339.
- O'Connor, R. D. (1972). Relative efficacy of modeling, shaping and the combined procedures for modification of social withdrawal. *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 327-334.
- Oliveira, C., Santos, P., & Abreu, J. (1997). A CAS (Child and Adolescent Assessment Schedule). *Psiquiatria Clínica*, 18, 85-94.
- Oliveira, C., Santos, P., Simões, P., Veiga, L., Joaquim, A., Piçarra, C. & Abreu, J. (1997). Resultados da aplicação de uma versão portuguesa da CAS (Child and Adolescent Assessment Schedule). *Psiquiatria Clínica*, 18, 95-105.
- Ollendick, T. H. (1979). Fear reduction techniques with children. In M. Hersen,

[435] Fobia Social na Infância e Adolescência

- R. M. Eisler & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (vol. 8, pp 127-168). New York: Academic Press.
- Ollendick, T. (1983). Reliability and validity of the revised fear survey schedule for children (FSSC-R). *Behavior Research and Therapy*, 21, 685-692.
- Ollendick, T. & Francis, G. (1988). Behavioral assessment and treatment of childhood phobias. *Behavior Modification*, 12, 165-204.
- Ollendick, T., Matson, J., & Helsel, W. (1985). Fears in children and adolescents: normative data. *Behavior Research and Therapy*, 4, 465-467.
- Paine, S. C., Hops, H., Walker, H. M. et al. (1982). Repeated treatment effects: a study of maintaining behavior change in socially withdrawn children. *Behavior Modification*, 6, 171-199.

- Parker, J. G., & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children in risk? *Psychological Bulletin*, *102*, 357-389.
- Peterson, L. & Shigetomi C. (1981). The use of coping techniques in minimizing anxiety in hospitalized children. *Behavior Therapy*, *12*, 1-14.
- Prinz, R., Foster, S., Kent, R., & O'Leary, K. (1979). Multivariate assessment of conflict in distressed and nondistressed mother-adolescent dyads. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *12*, 691-700.
- Puig-Antich, J., & Chambers, W. (1978). *The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-aged Children (Kiddie-SADS)*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1978). What I Think and Feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *6*, 271-280.
- Rubin, K., LeMare, L., & Lollis, S. (1990). Social withdrawal in childhood: Developmental pathways to peer rejection. In S. R. Asher & J. D. Coie (Eds.), *Peer rejection in childhood* (pp. 217-249). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Sanders, M. R. (1996). New directions in behavioral family intervention with children. *Advances in clinical child psychology*, *18*, 283-330.
- Scholing, A. & Emmelkamp, P. M. G. (1990). Social phobia: nature and treatment. In Harold Leitenberg (Ed), *Handbook of Social and Evaluative Anxiety*. New York: Plenum Press.
- Shore, G. & Rapport, M. (1998). The Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-HI): Ethnocultural variations in children's fearfulness. *Journal of Anxiety Disorders*, *12*, 437-462.
- Silverman, S., & Nelles, W. (1988). The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *27*, 772-778.
- Silverman, W. (1991). Diagnostic reliability of anxiety disorders in children using structured interviews. *Journal of Anxiety Disorders*, *5*, 105-124.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behavior Research and Therapy*, *36*, 545-566.

[436] Capítulo 12

- Spence, S., Donovan, C., Brechman-Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, *108*, 211-221.
- Spielberger, C. (1973). *Manual for the State-Trait Inventory for Children*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Stedman, J. M. & Murphey, J. (1984). Dealing with specific child phobias during the course of family therapy: an alternative to systematic desensitization. *Family Therapy*, *11*, 55-60.
- Stevens, R. & Pihl, R. O. (1983). Learning to cope with school: a study of the effects of a coping skill training program with test-vulnerable 7th-grade students. *Cognitive Therapy and Research*, *7*, 155-158.

- Strauss, C., Lease, C., Kazdin, A., Dulcan, M., & Last, C. (1989). Multimethod assessment of the social competence of children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 184-189.
- Trower, P., Yardley, K., Bryant, B. M. & Shaw, P. (1978). The treatment of social failure: a comparison of anxiety reduction and skills-acquisition procedures of two social problems. *Behavior Modification*, 2, 41-60.
- Turner, S. Beidel, D. & Epstein, L. (1991). Vulnerability and risk for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 155-166.
- Turner, S., Beidel, D., & Larkin, K. (1986). Situational determinants of social anxiety in clinic and nonclinic samples: physiological and cognitive correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 523-527.
- Ultee, C. A., Griffiaen, D. & Schellekens, J. (1982). The reduction of anxiety in children: a comparison of the effects of systematic desensitization *in vitro* and systematic desensitization *in vivo*. *Behavior Research and Therapy*, 20,61-67.
- Vernberg, E., Abwender, D., Ewell, K., & Beery, S. (1992). Social anxiety and peer relationships in early adolescent: A prospective analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 189-196.
- Whitehead, M., Hersen, M. & Bellack, A. S. (1980). Conversation skills training for socially isolated children. *Behavior Research and Therapy*, 18, 217-225.
- Whitehill, M. B., Hersen, M. & Bellack, A. S. (1980). Conversational skills training for socially isolated children. *Behavior Research and Therapy*, 18, 217-225.
- Zanoli, K. & Daggett, J. (1998). The effects of reinforcement rate on the spontaneous social initiations of socially withdrawn preschoolers. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 117-125.
- Zatz, S., & Chassin, L. (1983). Cognitions of test-anxious children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 526-534.

Notas

Capítulo 7

Nota 1 [voltar](#) Este capítulo constitui, em parte, um desenvolvimento do artigo sobre o mesmo tema - Avaliação Clínica da Fobia Social, publicado na revista *Psiquiatria Clinica*, (1997), 18, 313-331.

Capítulo 8

Nota 1 [voltar](#) Já após termos desenvolvido a nossa escala, foi publicado um estudo de análise factorial da LSAS, realizado com 382 indivíduos com distúrbio de ansiedade social. O modelo de 2 factores (interacção social e desempenho), subjacente à construção da escala, não foi apoiado (Safren, *et al.*, 1999). Neste estudo, para ambas as subescalas relativas ao medo e evitamento, as análises factoriais realizadas separadamente revelaram quatro factores semelhantes para cada: 1) interacção social; 2) falarem público; 3) ser observado pelos outros; e 4) comer e beber em público. Estes dados sugerem, assim, que existem quatro categorias globais de medo social avaliadas pela LSAS e que, enquanto a

ansiedade e evitamento suscitados por situações de interacção social parece ser unifactorial, o medo e evitamento de situações de desempenho/observação pode ser multifactorial (Safren, et. al., 1999).

Capítulo 9

Nota 1 [voltar](#) Clark e Wells realçam três tipos de crenças disfuncionais que os fóbicos sociais parecem apresentar acerca deles e da forma como devem actuar em situações sociais. O primeiro tipo de crenças diz respeito a padrões de desempenho social demasiado elevados (por ex., "todos têm que me admirar"), que geram ansiedade por serem difíceis, senão impossíveis, de conseguir atingir, pelo que o fóbico social se preocupa com a possibilidade de falhar na impressão favorável que deseja transmitir. O segundo tipo de crenças, são crenças condicionais relacionadas com a avaliação social (por ex., "se discordar de alguém vão pensar que sou estúpido/rejeitar-me"). O terceiro e último tipo de suposições disfuncionais são crenças incondicionais acerca do seu valor (por ex., "sou pouco atraente"). No entanto, (ao contrário das crenças dos deprimidos) estes auto-esquemas são instáveis, ou seja, fora das situações sociais em que podem ser avaliados e que consideram ameaçadoras, os fóbicos possuem uma visão mais favorável de si.

Nota 2 [voltar](#) Estas pistas podem ser situacionais (por ex., um comentário do professor acerca da apresentação de trabalhos), interpessoais (por ex., alguém que não o cumprimentou) ou internas (por ex., aumento dos batimentos cardíacos).

Nota 3 [voltar](#) Ohman & Soares (1994), utilizando um processo de *backward masking* (em que os estímulos-alvo são apresentados por um período de tempo extremamente breve, sendo imediatamente mascarados com outro estímulo, para que o sujeito não se aperceba conscientemente da presença do primeiro estímulo), verificaram que sujeitos com medo intenso de cobras e de aranhas, quando comparados com normais numa experiência que envolvia imagens de cobras e aranhas "mascaradas" ou não, apresentaram respostas de conductibilidade cutânea significativamente mais elevadas do que controlos normais para os estímulos relevantes para o seu medo específico, independentemente de os estímulos estarem ou não mascarados. Estes resultados foram interpretados como comprovando a possibilidade de desencadear emoções (neste caso, ansiedade, traduzida numa maior conductibilidade cutânea) através de estímulos não-conscientes.

Nota 4 [voltar](#) Apenas uma excepção no estudo de Mogg e Mathews (1990).

Capítulo 12

Nota 1 [voltar](#) Para uma exposição mais detalhada deste procedimento com crianças, consulte-se Morris & Kratochwill (1991).

Nota 2 [voltar](#) Por exemplo, Francis & Ollendick (1990) apresentaram um estudo de caso de uma adolescente com fobia social generalizada cujo tratamento consistiu num programa de exposição gradual ao vivo.

Nota 3 [voltar](#) Ver Pinto Gouveia e Salvador, capítulo 10 deste livro.

Nota 4 [voltar](#) As crianças que manifestam défices de aptidões sociais básicas requerem programas de tratamento que incorporem modelamento e treino de aptidões, que descreveremos mais adiante.

Nota 5 [voltar](#) Zanolli & Daggett (1998) verificaram a eficácia destas intervenções, tendo conseguido aumentar o número de vezes que crianças em idade pre-escolar iniciavam contactos sociais, utilizando um programa de *prompting* e de reforço positivo levado a cabo pelo professor.

Nota 6 [voltar](#) Todos os aspectos atrás referidos podem ser abordados sistemática e estruturadamente adentro de uma terapia familiar cognitivo-comportamenta (Kendall et al., 1992).