



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

RUI TAVARES MAGALHÃES

DA TIMIDEZ À FOBIA SOCIAL

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROF. DR. CARLOS MANUEL BRAZ SARAIVA**

MARÇO DE 2010

Índice:

Resumo (Abstract)	3
Introdução	4
Objectivos	5
Timidez ou Fobia Social?	6
Critérios de diagnóstico	10
Epidemiologia	14
Estudos transculturais	17
Doença em idade avançada	20
Características socio-económicas	21
Etiologia	22
Factores biológicos	22
Factores ambientais	23
Clínica	25
Sintomas somáticos	26
Manifestações cognitivas	26
Alterações de comportamento	28
Definição de objectivos	29
Diferenças culturais	30
Efeito nas actividades quotidianas e qualidade de vida ...	31
Procura de tratamento	33
Os medos	33
Comorbilidade	35
Evitamento e ansiedade	37

Tratamento	38
Terapêutica farmacológica	39
Terapêutica cognitivo-comportamental	45
Prognóstico	47
Impacto socio-económico	48
Conclusão	49
Bibliografia	53

Resumo

A fobia social é classificada como um distúrbio de ansiedade que reflecte medo de interacção e desempenho social. A timidez, um termo bastante utilizado pela população em geral, é utilizada para situações bastante diversas. Serão estes dois conceitos semelhantes e sobreponíveis ou serão duas entidades distintas com características específicas? Relativamente à fobia social é realizada uma revisão dos diferentes critérios de diagnóstico, factores etiológicos ambientais e biológicos e dados epidemiológicos com diferenças na incidência e prevalência consoante a idade, género e o país de origem, com as naturais particularidades dependendo da cultura em que se inserem os estudos realizados. Considerando as características clínicas, são descritos os sintomas somáticos, manifestações cognitivas e alterações de comportamento características mas que por vezes se confundem com a existência de comorbilidade. Diferentes opções de tratamento são aqui referidas e há uma reflexão sobre o impacto da fobia social na sociedade e, particularmente, na economia.

Abstract

Social phobia is classified as an anxiety disorder that reflects fear of social interaction and performance. Shyness, a term widely used by the general population, is well-worn for very different situations. Are these two similar and overlapping concepts or are they two separate entities with specific characteristics? This is a review article about social phobia and its different diagnostic criteria, environmental and biological aetiological factors and epidemiological data on differences in incidence and prevalence by age, gender and country of origin, with natural features based on the culture to which the samples are related. Though this review and considering the clinical features during this article are described somatic

symptoms, cognitive aspects and behavioral characteristics but these can be mistaken with comorbid disorders. Different treatment options are mentioned and there is also a reflection on the impact of social phobia in society and particularly in the economy.

Palavras chave: fobia social, timidez, epidemiologia, cultura, clínica, distúrbio de personalidade evitante, tratamento.

Introdução

A Timidez (TM) é uma característica bastante comum na população e é um termo utilizado para uma grande diversidade de situações. É uma situação comum em determinadas fases do ciclo da vida, mais propriamente na adolescência. No entanto, na maioria dos casos, esta vivência é de grau ligeiro e não interfere com o funcionamento social da pessoa e não conduz ao evitamento dessas situações.

Embora não seja uma patologia com nomenclatura recente, a Fobia Social (FS) tem vindo a receber cada vez maior atenção por parte dos profissionais de saúde que a consideram prevalente e tratável. A TM pode ser considerada uma forma moderada de FS, podendo ser a própria FS uma forma severa de TM. A pessoa sente-se desconfortável na presença de desconhecidos, evitando o contacto com estes, pensando estar sujeita a constante escrutínio e demonstrando desconfiança, o que leva a um elevado nível de stress, a uma limitação substancial na vida quotidiana e, por isso, a uma redução da qualidade de vida (Walsh, 2002; Cairney et al., 2007; Gren-Landell et al., 2008).

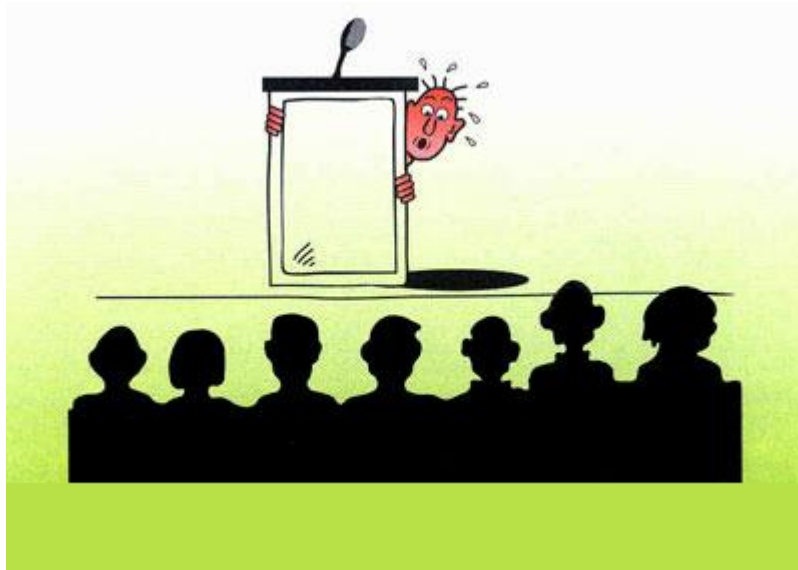
A FS pode ser considerada o medo de situações e interações sociais. É o medo de ser julgado negativamente pelos outros que leva a sentimentos de inadequação, embaraço, humilhação e depressão (Den Boer, 1997). A ansiedade causada pela interação social é

causada devido a um estímulo considerado ameaçador e as manifestações clínicas podem englobar sintomas somáticos, aspectos cognitivos e alterações no comportamento e desempenho social (Pinto Gouveia, 2000; Heiser et al., 2009).

O conceito de FS é relativamente recente e o seu reconhecimento como entidade clínica independente data de meados da década de 60 embora apenas nos anos 80 tenha entrado na nomenclatura psiquiátrica, estimando-se que seja um distúrbio de ansiedade muito comum. Ao longo dos últimos anos tem-se assistido a um aumento de interesse por este distúrbio que é, por vezes, sub-diagnosticado. Desde 1980 que o conceito está presente no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition* (DSM-III), com critérios de diagnóstico que incluem o medo excessivo de observação ou avaliação em situações de desempenho ou execução social específicas, excluindo a presença de distúrbio de personalidade evitante, limitando assim o diagnóstico a situações específicas de desempenho. Este critério de exclusão foi posteriormente retirado, sendo depois reconhecida a existência de indivíduos que têm dificuldades acentuadas em várias situações, tendo sido introduzido no DSM-III-R o subtipo de fobia social generalizada, que continua presente no DSM-IV. Assim, existem dois subtipos reconhecidos, o generalizado e o específico, com o primeiro a ser diagnosticado se os medos incluírem a maioria das situações (Pinto Gouveia, 1997).

Objectivos

O objectivo deste trabalho é o de fazer uma revisão da literatura acerca dos conceitos históricos de Timidez e da sua evolução para uma entidade clínica, focando critérios de diagnóstico, epidemiologia, etiologia, características clínicas, tratamentos e comorbilidade, para além das perspectivas transculturais do conceito.



Timidez ou Fobia Social?

Desde que a FS foi reconhecida como um distúrbio psiquiátrico no DSM-III que médicos e investigadores têm teorizado acerca da relação entre FS e TM. A FS é bem definida no DSM-IV enquanto a TM continua a ser um termo menos bem definido, ainda hoje (Heiser et al., 2009).

A TM não corresponde a um conceito psicológico bem definido e a procura de um conceito de timidez mais rigoroso leva a que se considere uma característica de personalidade ou temperamento. No entanto, as definições habitualmente utilizadas para a TM são características habituais também dos fóbicos sociais (Pinto Gouveia, 2000).

Segundo Zimbardo (1977), a TM é parte integrante de um espectro, numa linha contínua em que num extremo estão os indivíduos sem qualquer stress perante situações sociais e no outro estão os indivíduos com FS, que é vista como *extrema timidez*. Os indivíduos com FS têm mais sintomas e são mais afectados pelo seu desconforto perante os eventos sociais que os tímidos e isso é consistente com a noção de que a TM é uma condição subclínica e um traço de personalidade normal, não patológico (Heiser et al., 2009). Outra

visão é a de que estas duas condições são sobreponíveis, com a TM a representar um conceito mais alargado, sendo estas duas condições diferentes em vários aspectos mais do que variando entre si apenas em grau e intensidade. Ou seja, embora ambas estejam relacionadas, a maior parte das pessoas consideradas tímidas não têm critérios para FS (Heiser et al., 2003) e muitos consideram a TM com um traço de personalidade que não deve ser confundido com fobia social (Stein, 1996).

Pode-se considerar também que em relação à TM não há uma interferência severa no desempenho social, pois conseguem focar a atenção na tarefa social ao invés dos fóbicos sociais que tendem a focar a atenção em si mesmos, monitorizando os seus sinais somáticos de ansiedade e o seu desempenho, que sofre interferência severa (Pinto Gouveia, 2000).

Num estudo de Chavira et al. (2002) baseado numa amostra de 2202 pessoas, chegou-se à conclusão que a percentagem de fóbicos era maior num grupo de indivíduos classificados como muito tímidos comparada com a do grupo dos tímidos moderados, apoiando a hipótese da existência de um espectro, um contínuo. Apesar disso, nesse primeiro grupo apenas metade dos elementos tinha FS generalizada, uma quantidade menor que a inicialmente esperada. Este estudo mostra que maiores graus ou níveis de TM estão associados a maior prevalência de FS mas que as duas condições não são a mesma, estando a TM mais intimamente associada ao subtipo generalizado da FS.

Noutro estudo realizado por Heiser et al. (2009), uma amostra de 78 indivíduos foi dividida em 3 grupos: um com indivíduos tímidos com diagnóstico de FS (n=25), um com pessoas tímidas sem FS ou outros distúrbios psiquiátricos (n=26) e outro composto por indivíduos sem TM nem qualquer distúrbio psiquiátrico (n=27). A existência de TM foi avaliada por uma escala de timidez, a presença de FS pela existência de critérios para o subtipo generalizado no DSM-IV e outros distúrbios pelo método de entrevista CIDI-Auto, versão 2.1 (*Composite International Diagnostic Interview-Automated*). Foram avaliados

sintomas somáticos, cognitivos e tarefas de desempenho social. Foi concluído que o primeiro grupo evidenciava mais sintomas que o segundo e este mais que o terceiro grupo (maior número de medos sociais - 100% vs 65,4% vs 25,9%, evitamento - 96% vs 50,0% vs 7,4% e sintomas somáticos - 100% vs 65,4% vs 22,2%). Para além disso, os fóbicos sociais apresentavam maior percepção dos sintomas somáticos e maior limitação nas actividades quotidianas do que os indivíduos considerados apenas tímidos, assim como apresentavam menor competência no desempenho social. Os resultados deste estudo, em que houve uma variação mais quantitativa que qualitativa das manifestações (a título de exemplo, o tipo de medos avaliados era tão comum como o medo de falar em entrevistas, aulas, em público ou a presença em festas), foram consistentes com a hipótese de um espectro, em que a FS é um extremo de uma linha onde também se encontra a TM. No entanto, os resultados encontrados entre os tímidos, em que alguns revelaram múltiplos medos sociais enquanto outros não indicaram nenhum demonstra alguma heterogeneidade dentro da população de tímidos.

Não se deve, no entanto, ver a TM como uma situação anormal ou uma condição pré-patológica. Para Zimbardo (1977), a TM tem até vantagens: as pessoas discretas e introspectivas conseguem preservar melhor a sua intimidade, disfrutam dos prazeres da solidão, geralmente não intimidam ou incomodam outros, evitam conflitos, observam, actuam cautelosamente e são bons ouvintes. Este autor identificou três subgrupos de tímidos: os que não receiam a interacção social, apenas têm preferência por estarem sozinhos; os que têm baixa auto-confiança, competências sociais fracas e que se sentem embaraçados na presença dos outros; os que se mostram preocupados com a possibilidade de se comportarem de forma inadequada em situações sociais, auto-avaliando o seu comportamento social e apresentando baixa frequência de encontros sociais.

Buss (1986) define TM como uma reacção originada pela presença de estranhos ou conhecidos pouco familiares e é caracterizada por tensão, preocupação, sentimentos de

embaraço e desconforto, assim como desvio do contacto visual visual e inibição do comportamento social normalmente esperado. Distingue dois subtipos, a TM medrosa de desenvolvimento precoce que é uma TM de início precoce, no primeiro ano de vida, associada a predisposição genética, e uma TM por consciência de si mesmo, de início mais tardio, relacionada com o desenvolvimento de cognições acerca de si mesmo e com as práticas de socialização. Na tabela I estão esquematizadas as características dos dois subtipos (Pinto Gouveia, 2000).

Tabela I

Timidez medrosa de desenvolvimento precoce	Timidez por consciência de si mesmo
Surge no primeiro ano de vida	Inicia-se por volta dos 5 anos (altura em que o eu cognitivo se começa a desenvolver)
Activação elevada do Sistema Nervoso	Pleno desenvolvimento entre os 14 e os 17
Autónomo	(altura em que se confronta com as tarefas de definição de identidade e ocorre um egocentrismo cognitivo)
Inibição comportamental e cognições centradas no medo de avaliação	Cognições centradas no medo de avaliação negativa
Padrão de resposta somático	Aumento de consciência de si mesmo
Padrão mais estável de timidez	Predominam aspectos cognitivos
	Timidez diminui ao longo do tempo

CrITÉRIOS de diagnóstico

CrITÉRIOS de DiagnÓstico do DSM-IV-TR 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 recusa 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 recçadas provoca quase sempre ansiedade, a qual pode tomar a forma ou predispor situacionalmente a um ataque de pânico.

Nota: Nas crianças, a ansiedade pode ser expressa através de choro, birras ou ficarem mobilizadas ou encolhidas, sem 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 recçadas 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 (por exemplo, abuso de droga, um medicamento) ou a uma condição física geral e não é melhor explicada por nenhum outro distúrbio mental (por exemplo, distúrbio de pânico com ou sem agorafobia, ansiedade de separação, distúrbio 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 relacionado com 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).

Entretanto já está a ser preparada a publicação do DSM-V para 2013 estando a ser propostas alterações por uma *Task Force*.

As propostas para os critérios de diagnóstico do distúrbio de ansiedade social (fobia social), nesta nova edição, são os seguintes:

A - Medo intenso de uma ou mais situações sociais nas quais o indivíduo está exposto ao possível escrutínio dos outros. Alguns dos exemplos incluem interações sociais (por exemplo, ter uma conversa), ser observado (a comer ou beber) ou desempenho perante outros (por exemplo, discursar).

B - Medos individuais de que ele ou ela actue em determinado sentido, ou demonstre sintomas de ansiedade e que irá ser avaliado negativamente (por exemplo, ser humilhado, embaraçado, levando à rejeição ou ofendendo outros).

C - As situações sociais provocam quase invariavelmente medo ou ansiedade imediatos.

Nota: Em crianças, o medo ou ansiedade pode ser expresso por choro, birra, arrepios, excessiva dependência, encolhimento ou recusa de falar em situações sociais.

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

E - O medo ou ansiedade é desproporcional ao perigo causado pela situação social (desproporcionado é relativo ao contexto sociocultural)

F - A duração é de pelo menos x meses*.

G - O medo, a ansiedade e o evitamento causam clinicamente stress significativo ou limitação nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento.

H - O medo, ansiedade e o evitamento não é devido a efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, abuso de droga, um medicamento) ou a uma condição física geral.

I - O medo, ansiedade e o evitamento não são restritas a outro distúrbio mental, como o distúrbio de pânico (por exemplo, ansiedade de ter um ataque de pânico), agorafobia (por exemplo, evitamento de situações nas quais o indivíduo pode tornar-se incapacitado), ansiedade de separação (por exemplo, medo da escola), distúrbio dismórfico corporal (por exemplo, medo da exposição de defeitos físicos) ou distúrbio desenvolvimental pervasivo.

J - Se uma condição física geral (por exemplo, gaguez, doença de Parkinson, obesidade, desfiguramento por lesão ou queimadura) está presente, o medo e/ou evitamento não está claramente relacionado ou é superior a este.

Especificar se: **

Desempenho apenas: Se o medo é relativo apenas a falar ou desempenhar tarefa em público).

*,** - Situações ainda em estudo.

Diagnóstico de fobia social segundo a ICD-10 (World Health Organization, Geneva, 1992)

As fobias sociais aparecem frequentemente na adolescência e centram-se no medo do escrutínio por outras pessoas, em grupos comparativamente pequenos (por oposição a multidões), levando ao evitamento de situações sociais. Ao contrário de outras fobias, as fobias sociais são igualmente comuns em homens e mulheres.

Estas podem ser específicas (comer em público, falar em público, ou encontros com o sexo oposto) ou difusas, envolvendo quase todas as situações sociais fora do círculo familiar. O medo de vomitar em público pode ser importante. O contacto a nível do olhar pode ser bastante stressante em algumas culturas.

Fobias sociais estão normalmente associadas a fraca auto-estima e medo de crítica. As queixas poderão ser de corar, tremor das mãos, náuseas, ou urgência de urinar ou defecar, levando por vezes a pessoa a convencer-se que algum destes sintomas secundários de ansiedade, é o problema principal; estes sintomas podem evoluir para ataques de pânico. Os evitamentos das situações de ansiedade são frequentemente forte, e em casos extremos podem resultar num completo isolamento social.

Orientações para o diagnóstico:

Todos os critérios seguintes devem ser satisfeitos para um diagnóstico definitivo:

1- Os sintomas psicológicos, comportamentais e vegetativos, devem ser manifestações primárias da ansiedade e não secundárias de outros problemas tais como delírios ou pensamentos obsessivos.

2 - A ansiedade deve estar restrita ou predominar em situações sociais.

3 - O evitamento das situações de ansiedade deve ser predominante.

Inclui:

*Antropofobia

*Neurose Social

Diagnóstico diferencial:

Agorafobia e distúrbios depressivos são proeminentes frequentemente e ambos podem contribuir para os doentes se tornarem *caseiros*. Se a distinção entre a fobia social e a agorafobia é muito difícil, deve ser dada precedência à agorafobia; um diagnóstico de depressão não deve ser feito a não ser que um síndrome depressivo completo seja claramente identificado.

Epidemiologia

A maior parte dos estudos e dos dados disponíveis é, sem surpresa, relativa a países considerados ocidentais, seja na Europa ou nos Estados Unidos. Existem dados diversos acerca da prevalência da doença assim como a idade média de aparecimento vai divergindo, embora os resultados se encontrem quase sempre dentro de um intervalo de valores reduzido. Poderá existir variação de resultados devido ou a diferenças de metodologia ou devido a

diferenças culturais entre populações ou dentro da mesma população (Gren-Landell et al., 2008).

De acordo com Wittchen et al. (2001) a fobia surge geralmente no início ou meio da adolescência, geralmente entre os 10 e os 16 anos e é vista por Magee (1996) como uma condição que geralmente não se torna evidente até ao intervalo entre os 15 e os 20 anos com uma idade de aparecimento da doença média de 16 anos. O início da FS, é então, mais comum durante a adolescência e algumas razões foram encontradas para explicar esse facto. Este período está associado a uma maturação cognitiva, uma maior capacidade para assimilar os pontos de vista dos outros, o que pode ser positivo, mas que também torna o adolescente mais consciente em relação à atenção dos outros em relação a si. A avaliação social e a opinião dos outros podem ser, assim, fonte de stress. Pode-se considerar a fronteira dos 9 anos em que o medo social deixa de ser global para ser mais específico, focalizado para as situações (Bokhorst et al., 2008). Outra razão apontada é o aumento de exigências sociais e académicas durante a adolescência e a necessidade de confronto com um grupo maior de situações sociais (Rapee et al., 2004). Torna-se, portanto, indispensável a criação de métodos eficazes de diagnóstico nesta idade de modo a permitir intervenção precoce (Ranta et al., 2007).

Segundo Magee (1996), a FS é mais comum em mulheres. A diferença entre os dois sexos pode ser explicada pela influência dos estrogénios e da progesterona e pela flutuação dos seus níveis plasmáticos, principalmente durante a adolescência podendo estar envolvido todo o sistema hipotálamo-hipófise-supra-renal (Weinstock, 1999; Altemus, 2006). Existem dados que apontam para uma resposta aumentada ao cortisol. (Roelofs et al., 2009).

Num estudo de Wittchen et al. (1999), com base numa amostra de 3021 pessoas, entre os 14 e os 24 anos, foi encontrada presença de FS em 9,5% das mulheres e 4,9% dos homens,

com cerca de um terço destes a sofrerem do subtipo generalizado, tendo estes maior persistência de sintomas, maior comorbilidade associada e limitações do que os do subtipo específico.

Essau et al. (1999), com base num estudo de uma amostra de 1035 adolescentes alemães, entre os 12 e os 17 anos demonstrou que há um predomínio da frequência entre os anos escolares correspondentes aos 12-13 e 14-15 anos.

O aparecimento mais precoce da doença pode estar relacionado com um maior número de medos (Gren-Landell et al., 2008). Num estudo dos mesmos autores com 2128 estudantes suecos, entre os 11 e os 14 anos, dos quais 992 (46,6%) eram rapazes e 1136 (53,4%) raparigas, tendo sido utilizado o *Social Phobia Screening Questionnaire* (SPSQ). Foram divididos em três grupos (11-12, 12-13 e 13-14 anos). Neste estudo, a prevalência global de FS foi de 4,4% e foi constatável uma diferença significativa entre os dois sexos. A incidência de FS nos rapazes foi de 1,3%, 2,0% e 1,9% dos mais novos para os mais velhos enquanto nas raparigas foi de 6,2%, 5,7% e 7,7%. Não foi observável diferença significativa entre os três grupos sendo o medo mais comum o de falar à frente da turma, seguido de realizar um telefonema a alguém desconhecido e de iniciar conversa com um desconhecido. Isso confirma que a maior parte das situações receadas pelos adolescentes se encontram na escola, podendo ser esta mais uma razão para elevada incidência de FS em idade jovem.

Ranta et al. (2007) estudaram uma amostra de 5252 adolescentes finlandeses entre os 12 e os 16 anos cujo objectivo era identificar diferenças de sintomas de FS de acordo com a idade ou género. Para isso utilizaram um questionário de 17 perguntas, o *Social Phobia Inventory* (SPIN). Foi verificado que as maiores pontuações desse questionário foram obtidos por jovens a meio da adolescência, entre os 14 e os 15 anos, principalmente rapazes, o que indica um pico dos sintomas durante esta idade. Estes dados confirmam o aumento da ansiedade ou medos sociais durante os 14 anos de idade (Essau et al., 1999). Algumas das

hipóteses levantadas por Ranta et al. (2007) para ser um aumento mais pronunciado nos rapazes nessa idade específica poderá ter a ver com as diferenças no início da maturação pubertária e mudanças na aparência nos rapazes e raparigas. Constatou-se também que o evitamento e a fobia de discurso e de se sentir o centro das atenções não encontrou diferenças entre os dois sexos, dados condizentes com outros estudos (Essau et al, 1999; Wittchen et al., 1999), podendo significar que essa fobia específica é um sintoma mais uniforme e universal, até pela sua prevalência, podendo reflectir o confronto com situações comuns de vida como as que acontecem na escola, por exemplo.

Num estudo de Cairney et al. (2007) em que havia uma maior distribuição de idades na amostra (n = 36964 com n = 12792 com pelo menos 55 anos de idade) foi verificado uma idade média de incidência de 16,9 com mais de metade da amostra a admitir o aparecimento da doença antes dos 14 anos e apenas 10% a referirem o surgimento depois dos 54 anos.

Analisando outros estudos realizados na Europa, Fehma et al. (2005) verificaram diferenças na prevalência em vários países, desde 3,9% num estudo belga a 13,7% num estudo realizado na Noruega.

Estudos transculturais

Alguns estudos foram também realizados fora do *mundo ocidental*. Mohammadi et al. (2006) realizaram um estudo inovador no Irão com uma amostra de 25180 pessoas, todas acima dos 18 anos, com média de idades de 37,2 anos e com números equilibrados entre os dois sexos (50,3% do sexo masculino e 49,7% do sexo feminino). A prevalência verificada foi apenas de 0,82% existindo uma clara disparidade entre os dois sexos (dentro do grupo dos homens a prevalência registada foi apenas de 0,4% enquanto que no grupo das mulheres foi

de 1,3%). Foi verificada uma maior prevalência em meios urbanos (0,9% contra 0,7%) do que em meios rurais.

Olhando para os poucos estudos realizados ao longo dos anos em alguns países asiáticos, a prevalência ronda o 1%, em países como Irão, Taiwan ou Coreia do Sul. A baixa prevalência pode significar que os questionários disponíveis não estão adaptados para as medir a existência de FS nessas populações, com hábitos e culturas obviamente diferentes (Mohammadi et al., 2006) ou a própria apresentação clínica pode diferir nas diferentes culturas devido a diferentes exigências sociais e devido à diferente forma como o eu é construído, podendo isso levar a diferenças na prevalência em populações com culturas diferentes (Pinto Gouveia, 2000).

Considerando uma população tão heterogénea como a canadiana, o estudo de Cairney et al. (2007) verificou que os francófonos apresentavam menor probabilidade de ter FS que os canadianos que falam outras línguas.

Num estudo europeu, utilizando uma amostra de 1202 suecos foi detectada uma prevalência de FS de 15,6% (Furmark et al., 1999), o que difere bastante do estudo iraniano.

Num estudo realizado na Nigéria por Bella et al. (2009) com base numa amostra de 326 estudantes, entre os 18 anos e os 49 anos, com uma idade média de 22,9 anos, foram encontrados 39 indivíduos (9,4%) que tinham critérios para FS em algum momento da sua vida, com ligeiro predomínio nas mulheres, sendo que apenas 35 (8,4%) apresentavam critérios nos últimos 12 meses. Estes dados são consistentes com os apresentados noutros países, principalmente na Europa ou nos Estados Unidos que apontam para valores a rondar os 12% (Kessler et al., 2005) mas não com um estudo anterior realizado na Nigéria por Gureje et al. (2006) que numa amostra maior (n = 4984) apresentou prevalência inferior a 1%. Isso pode ter acontecido devido a diferenças no tipo de amostra, com apenas 27% dos inquiridos a terem menos de 25 anos, diferenças nos métodos e instrumentos utilizados.

Estas diferenças estão esquematicamente representadas na figura 1.



Fig 1 - Prevalência de fobia social em algumas regiões do mundo.

Doença em idade avançada

Segundo Wittchen et al. (1999), a FS é um distúrbio raro depois dos 25 anos. Uma razão para isso acontecer pode ser a menor tendência dos mais velhos para se preocuparem com a avaliação social (Mohammadi et al., 2006). Relativamente a idades mais avançadas, o grupo de distúrbios de ansiedade no qual se inclui a FS é considerada por Cairney et al. (2007) como a doença psiquiátrica mais comum a seguir à demência. Estes autores realizaram um estudo com base numa amostra de 36984 pessoas, habitantes no Canadá, em que 12792 tinham 55 anos ou mais. Foi verificado que a prevalência de FS no grupo de mais de 54 anos nos últimos 12 meses era de 1,32% com 4,94% a demonstrarem terem tido a doença em algum momento da sua vida. O número de medos não diferia muito entre o grupo acima dos 54 anos e os restantes participantes e neste grupo a diferença entre géneros não é tão significativa como nos indivíduos com menos de 55 anos, sugerindo uma maior prevalência em mulheres a partir de meados da adolescência, havendo convergência nos números novamente após a menopausa. O sexo não é, portanto, um factor de risco em idade avançada.

Considerando um outro estudo de Kessler et al. (2005) em que uma amostra de 9282 pessoas, originárias dos Estados Unidos, foi dividida por diferentes grupos etários: 18-29 anos (n = 2338), 30-44 anos (n = 2886), 45-59 anos (n = 2221) e 60 anos ou mais (n = 1837). Foi analisada a prevalência durante a vida de várias distúrbios de ansiedade, humor ou abuso de substâncias. Observou-se uma prevalência de 12,1% de FS na amostra sendo a prevalência por grupos de 13,6% no primeiro, 14,3% no segundo, 12,4% no terceiro e 6,6% no grupo com idade mais avançada levando à conclusão de que há um predomínio de FS em idades mais jovens. Essa menor prevalência em idades mais avançadas pode ter como causa uma alta taxa de remissão ao longo da vida e uma menor taxa de incidência nesses grupos etários (Cairney et al., 2007). A mesma conclusão foi tirada do estudo de Mohammadi et al. (2006) em que

também foi verificado que a fobia social é mais comum em idades mais jovens (1,0% dos 18 aos 25 anos, 0,9% dos 26 aos 40 anos, 0,7% dos 41 aos 55 anos, 0,5% dos 56 aos 65 anos e 0,2% a partir dos 66 anos).

Num estudo de Ruscio et al. (2008) foram seleccionados indivíduos com mais de 18 anos (n = 9282) e a prevalência de FS verificada durante toda a vida e nos últimos 12 meses foi de 12,1% e 7,1%, respectivamente. Cerca de 24,1% dos indivíduos avaliados assumiam ter tido em algum momento pelo menos um medo de interacção ou desempenho sociais, cerca do dobro da prevalência estimada de FS. Os indivíduos com FS foram divididos em quatro grupos baseado no número médio de medos: grupo 1 (5,2), grupo 2 (6,9), grupo 3 (9,3), grupo 4 (12,0). Verificou-se uma relação positiva entre o aumento do número de medos e a precocidade de aparecimento da doença e o evitamento de tarefas sociais também tem uma relação com o número de medos, é sucessivamente maior, variando de 67,5% do grupo 1 para 88,1% do grupo 4. Constatou-se que um número de medos elevado estaria relacionado com idade jovem, sexo feminino, raça branca, solteiro ou divorciado, baixo nível educacional e baixo salário.

Características socio-económicas

Tendencialmente, as pessoas com FS têm piores condições económicas, são de classe social mais baixa, solteiros ou divorciados, vivem mais isolados, têm menor produtividade no emprego, são desempregados, mudam mais vezes de emprego, têm baixo nível educacional, abandono escolar precoce, menor salário, são financeiramente mais dependentes, têm maior ideação suicida, maior comorbilidade com outros distúrbios mentais e abuso de drogas e álcool, usam maior quantidade de medicação de índole psiquiátrica. (Magee, 1996; Wittchen et al., 1996; Wittchen et al., 1999; Ruscio et al. 2008). De acordo com Stein et al. (2000), os

indivíduos com um grau moderado de FS têm 10% menos probabilidade de completar o ensino secundário, têm, em média, salários 10% menores e 14% menor probabilidade de ter cargo técnico ou directivo como actividade profissional.

Etiologia

Factores biológicos

Quanto às causas da FS, a literatura psiquiátrica tem tendência em enfatizar as causas genéticas e biológicas. Uma amígdala hiperfuncionante parece poder estar envolvida em alguns distúrbios de ansiedade pois é a estrutura relacionada com a resposta de alarme e recebe a informação antes de chegar ao córtex cerebral, responsável pela assimilação cognitiva (LeDoux, 1996; Furmark et al., 2002). Outras hipóteses são a de existir uma disfunção serotoninérgica, dopaminérgica, noradrenérgica ou um aumento da actividade do Sistema Nervoso Simpático (Tiihonen et al. 1997). Como já foi falado anteriormente, esta patologia pode estar associada a níveis plasmáticos alterados de estrogénios, progesterona e cortisol (Weinstock, 1999; Altemus, 2006; Roelofs et al., 2009).

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

Factores ambientais*Família*

Uma questão importante é a de saber qual o papel do meio familiar, nomeadamente dos pais, no aparecimento de ansiedade social nos filhos. Está descrito que a educação dada e a interacção pais-filhos é importante com um ambiente disfuncional familiar a ter relação com o aumento de probabilidade de ter doença. Sabe-se que os pais com distúrbios ansiosos apresentam maiores níveis de stress e maior preocupação acerca dos filhos e das suas actividades, exercendo um efeito negativo e inibindo o comportamento destes e a sua socialização. Isso leva a predisposição para comportamentos ansiosos no futuro. A aprendizagem por observação e imitação dos modelos, que neste caso são os pais, também pode ser importante (Turner et al., 2003).

Experiências sociais traumáticas que despertem medo ou ansiedade elevada podem conduzir ao desenvolvimento de fobia através do condicionamento clássico. Para além disso, essa relação familiar pode ser vista na perspectiva de contacto com adultos com distúrbios ansiosos, de acordo com a teoria de aprendizagem social de Bandura (1977).

Um estudo prospectivo de 2 anos com adolescentes dos 14 aos 17 anos ($n = 1047$) permitiu concluir que protecção exagerada, falta de afecto ou rejeição dos progenitores são razões apontadas como factores de risco para FS assim como distúrbios mentais dos pais (ansiosos, depressivos ou abuso de álcool ou drogas) (Lieb et al., 2000). Um estudo mais recente de Knappe et al. (2009), partiu de uma amostra de 3021 indivíduos com *follow-up* de 10 anos, sendo analisados nessa altura 1395 indivíduos. Ao fim desse tempo a incidência cumulativa tinha sido de 8,7%, com maior maior predominância de mulheres (10%) em relação aos homens (7,4%), sendo 25% dos casos do subtipo generalizado (dos 23 casos

verificados, apenas 3 não tinham pais com FS, outros distúrbios ansiosos, depressão ou alcoolismo). Os filhos de pais com FS eram mais afectados do que a descendência de indivíduos sem distúrbios mentais (incidência de 13,2% contra 4,2%). Os filhos de indivíduos afectados por distúrbios ansiosos, depressão ou abuso de álcool apresentavam incidência de 10,5-11,7%. Neste estudo também se verificou a relação da rejeição, falta de afecto ou protecção exagerada no aumento de incidência de FS, avaliado com base no *Questionnaire of Recalled Parental Rearing Behaviour* (FEE). Com recurso a outro questionário, o *McMaster Family Assessment Device* (FAD) verificou-se que os progenitores com FS, avaliada pelos filhos, estavam na base de um pior funcionamento familiar.

Sabe-se que o aparecimento da doença pode também estar relacionada com a falta de relacionamento com um adulto na infância, não ser filho varão, conflitos matrimoniais na família, pais com história de distúrbios psiquiátricos, mudança de habitação mais de 3 vezes na infância, assim com abuso físico ou psicológico, insucesso escolar ou necessidade de ensino especial antes dos 9 anos (Chartier et al., 2001). Os próprios factores de risco dos pais podem estar associados a um maior risco nos filhos (Knappe et al., 2009).

A identificação dos factores de risco familiares poderá indicar alvos potenciais para implementação de programas de prevenção para a FS, intervindo mais precocemente, alterando assim quer a incidência, quer o curso ou sequelas desta patologia nos vários membros da família (Knappe et al., 2009).

Acontecimentos negativos

Segundo Magee (1999) alguns eventos negativos podem contribuir para o aparecimento desta patologia. O abuso sexual por parte de um familiar, principalmente em mulheres, ou discussões e agressões verbais entre os pais parecem desempenhar um papel

importante no aparecimento de FS. Num estudo de Marteinsdottir et al. (2007), foi comparado um grupo de fóbicos sociais (n = 30) seleccionados, a partir dos resultados de quatro questionários, a um grupo controlo (n = 75). Analisando os resultados de um inquérito sobre acontecimentos durante a vida, verificou-se que os indivíduos com FS indicavam maior número de eventos negativos durante a infância como maior relação com familiares doentes alcoólicos ou toxicodependentes, divórcio dos pais ou fraca relação com estes, demonstrando a falta de apoio na infância como um factor de risco. Apresentavam também um maior número de eventos negativos (como conflitos com o conjuge ou divórcio) no ano anterior ao aparecimento da doença em comparação com o grupo controlo. No entanto, esta situação não se verificou em idade adulta com o grupo controlo a apresentar maior número de eventos negativos, principalmente no local de trabalho e nos homens. Segundo os autores parece serem estes factores potenciadores mais do que desencadeadores já que foi comprovado que existe maior número de indivíduos com distúrbios de personalidade, nomeadamente distúrbio de personalidade evitante, no grupo de fóbicos sociais, o que parece ser um factor propiciador em indivíduos com FS (Marteinsdottir et al., 2001).

Clínica

A FS é caracterizada primariamente por um medo que pode preceder semanas a meses a tarefa social. Uma ansiedade moderada, em situações normais, pode ser considerada adequada para melhorar o desempenho mas neste caso esta é severa e causa limitação (Mohammadi et al., 2006).

Todas as manifestações criam uma sensação de impotência, sugerem um perigo irreal que causa interferência com o funcionamento social (Campbell, 1996). Estes indivíduos têm a noção que a ansiedade causada pelas suas experiências sociais, seja quando são introduzidas

a novas pessoas ou quando são criticadas ou quando são o centro da atenção, é irracional (Walsh, 2002).

Sintomas somáticos

A FS é responsável pelo aparecimento de tremor, rubor, sudação, tensão muscular, urgência de micção, palpitações cardíacas (Pinto Gouveia, 2000), boca seca, disfagia e hipervigilância (Walsh, 2002). Pode existir aumento da frequência cardíaca, sendo esta mais comum no subtipo específico e estando associada a uma resposta de medo específica com mobilização para o evitamento físico e escape com activação do sistema nervoso simpático e sistema cardiovascular. Alguns autores apontam também para um possível aumento da pressão arterial sistólica (Pinto Gouveia, 2000). Existe um estudo que aponta para diminuição da frequência cardíaca, embora os resultados apresentados tenham sido influenciados pela toma de antidepressivos pelos participantes (Licht et al., 2009).

Em algumas sociedades esse tipo de manifestações, somáticas, pode ser mais aceitável para os outros do que as restantes, como acontece, por exemplo, no Irão (Mohammadiet al., 2006).

A sintomatologia existente nesta patologia pode também ocorrer de maneira transitória devido a abuso de substâncias, síndrome de abstinência ou na doença de Parkinson (Fehm et al., 2005).

Manifestações cognitivas

Quanto a aspectos cognitivos, eles podem manifestar-se pelo medo de avaliação negativa (Heiser et al., 2009). Há claramente um enviesamento cognitivo que pode ser de grau

leve a severo e que pode estar focalizado para um tipo de tarefa ou de uma maneira global para todas as situações (Pinto Gouveia, 2000). É partilhada por muitos autores que a ansiedade aumenta quando o indivíduo quer causar determinada impressão nos outros e acha que não tem competência ou capacidade para tal desejo (Hofmann, 2007). Pese embora as expectativas e padrões de comportamento dos fóbicos sociais tipicamente não difiram das dos indivíduos sem ansiedade social, curiosamente estes podem até ter antagonicamente noções de perfeccionismo inferiores segundo Shumaker et al. (2009). Os indivíduos com FS vêem os outros como pessoas hipercríticas, humilhadoras, pensam que os outros podem ter expectativas e padrões sociais superiores, preocupando-os e influenciando-o emocional e comportamentalmente. Por exemplo, quando estes doentes recebem uma boa ou elogiosa opinião relacionada com o seu desempenho, a reacção destes consiste num aumento de ansiedade antecipatória em relação a um novo encontro devido à percepção de que as expectativas dos *avaliadores* aumentaram graças ao sucesso da situação anterior. Chegam até a forçar incapacidade e não correspondência às expectativas de modo a diminuí-las e a encarar as situações com maior confiança. A percepção dos padrões sociais parece ser, então, uma interacção entre a auto-avaliação das situações e a ansiedade que surge devido a estas (Hofmann, 2007).

O pensamento é dominado por temas de fracasso, falta de competências para causar impressão positiva (Pinto Gouveia, 2000). Os indivíduos com FS possuem imagens negativas e distorcidas de si mesmo que são espontâneas, recorrentes e excessivas (Hackmann et al., 2000; Hofmann et al., 2003), percebendo ou *vendo* os próprios no ponto de vista do terceiro, observador (Hackmann et al., 2000).

Chegam a menosprezar os seus próprios resultados positivos alcançados durante uma tarefa social. Quando perante uma situação ameaçadora, há um aumento da consciência de si mesmo, diminuindo a atenção disponível para estímulos exteriores (Spurr et al., 2002),

chegando alguns a referir um "bloqueio ou vazio mental", reflectindo a dificuldade em focar a atenção na tarefa social (Pinto Gouveia, 2000).

Os pensamentos ruminativos são bastante comuns nesta patologia, após a tarefa social, quer tenha esta tido sucesso ou não, estando associados a uma expectativa negativa ou catastrófica prévia ao acontecimento. Nestes eles revêm toda a interacção social em detalhe, centrando-se nos sentimentos de ansiedade e auto-percepção negativa, classificando o acontecimento como mais negativo do que realmente foi. Como resultado, há um posterior processamento antecipatório do próximo acontecimento similar, levando à criação de um ciclo vicioso e à manutenção do problema (Hofmann, 2007).

Foi verificado que os indivíduos com FS apresentavam um tempo de reacção maior perante expressões faciais de felicidade e um tempo de reacção menor perante expressões negativas (Campbell et al., 2009). Estes autores concluíram que os indivíduos com FS julgam expressões faciais de felicidade como menos acessíveis, comparando com indivíduos saudáveis, tornando-se este efeito mais acentuado com o aumento de severidade da doença. Isso pode ser explicado pela sensação de que o outro expressa dominação social ou apenas pela perspectiva de aumento das expectativas relativas a uma próxima tarefa social.

Alterações de comportamento

Todas estas manifestações podem levar a alterações comportamentais que podem consistir no evitamento de situações sociais ou bloqueamento durante a situação social (Muller et al., 2005; Heiser et al., 2009). A relação entre desempenho social e FS é, no entanto, complexa e não está completamente esclarecida. Há estudos que apontam para diminuição de competências sociais, outros que referem que a ansiedade é independente da competência para tarefas sociais, que esta não é necessariamente baixa.

Algo que é partilhado com outros distúrbios de ansiedade é a sensação que os indivíduos têm de que têm falta de controlo sobre as suas próprias reacções e manifestações corporais e que isso é notado pelos outros. De facto, as pessoas que têm fobia de falar em público referem que o seu maior medo é o de ter um *ataque de pânico*, sem controlo da sua reacção, maior até que o medo de avaliação negativa pelos outros e sem relação com um acontecimento traumatizante no passado (Hofmann, 2007). As suas próprias manifestações são fontes de ameaça. Estes indivíduos acreditam que os seus sintomas são de grande visibilidade para os outros, causando ansiedade antecipatória, o que leva a que durante a situação social estas pessoas criem comportamentos de segurança (Pinto Gouveia, 2000). Os comportamentos de segurança e o evitamento das situações surgem como tentativa de reduzir o stress e a ansiedade, como movimentos estereotipados durante um discurso ou um sorriso inapropriado durante uma conversa (Voncken et al., 2006).

Por vezes os pensamentos negativos não interferem com o desempenho social: os pensamentos podem ser já tão automáticos que os indivíduos encontram forma de lidar com a ansiedade, embora ainda lhe cause desconforto; por vezes as exigências de focar a atenção na tarefa social podem substituir a ansiedade. Não há, por isso, uma relação linear (Pinto Gouveia, 2000).

Definição de objectivos

Os doentes têm deficiência em criar, definir e alcançar objectivos. Considerando o *Rubicon Model of Action Phases* (Spiess et al., 1999), este define quatro fases na perseguição do objectivo: a primeira em que há escolha entre vários objectivos potenciais, a segunda em que há a criação de um plano para o concretizar, a terceira que é a sua concretização e a quarta em que há avaliação do resultado da acção. Segundo Hiemisch et al. (2002), quem tem

ansiedade social tem dificuldades na primeira e segunda fases, de escolha do objectivo e de definição do plano.

Embora os fóbicos sociais desvalorizem o seu desempenho, após terapêutica a sua apreciação ao seu desempenho pode melhorar mas as suas competências sociais não se alteram. Aparentemente, não são evidenciadas menores capacidades no desempenho social em muitos distúrbios de ansiedade, como na fobia social, havendo apenas diferenças na forma como se encara ou aborda a tarefa (Hofmann, 2007).

Diferenças culturais

Os factores culturais têm importância na prevalência e nas manifestações clínicas. A apresentação clínica pode diferir nas diferentes culturas por diferentes exigências sociais. Por exemplo, a forma como o eu é construído que é diferente entre culturas, pode ter reflexos na avaliação do que é ameaça e no significado desta, originando diferenças na apresentação clínica. Particularizando, a cultura ocidental tem uma construção individualista do eu, com sentimento de autonomia e independência dos outros, utilizando-se até expressão *Maria vai com todas* no sentido pejorativo, classificando alguém que não é autónomo. Assim, a responsabilidade das falhas é atribuída primariamente ao indivíduo que as comete (Pinto Gouveia, 2000). Em algumas culturas asiáticas há uma percepção diferente que pode ser uma das razões para a prevalência ser tão baixa em países como o Irão, Taiwan ou Coreia do Sul (Mohammadi et al., 2006). O indivíduo é definido primariamente pela sua pertença a um grupo social ou familiar, sendo visto como uma extensão de um grupo, uma parte de um todo. Nestes locais os comportamentos individualistas e de auto-engrandecimento são mal vistos e as realizações e fracassos reflectem-se no grupo. Existe um quadro clínico característico do Japão e semelhante à FS, apelidado de *Taijin Kyofusho* que difere da FS caracteristicamente

ocidental pelo facto de existir receio que o comportamento ofenda os outros e não pelo facto do próprio se sentir embaraçado ou humilhado, abrangendo também um conjunto de condições clínicas mais vasto, como uma simples preocupação ou um distúrbio delirante. O aspecto central do *Taijin Kyofusho* reside no medo de desorganizar a coesão de grupo, fazendo os outros sentirem-se desconfortáveis, aspectos não considerados no DSM-IV (Pinto Gouveia, 2000).

Tabela II

Cultura ocidental	Cultura oriental
Construção individualista do eu	Indivíduo definido pela sua pertença a grupo social ou familiar
Responsabilidade das falhas atribuída ao indivíduo que as comete	Indivíduo visto como extensão do grupo, parte de um todo
Sentimento de autonomia e independência dos outros	Comportamentos individualistas e de auto-engrandecimento mal vistos
	Realizações e fracassos reflectem-se no grupo

Efeito nas actividades quotidianas e qualidade de vida

Num estudo americano de Ruscio et al. (2008), 92,6% dos fóbicos sociais referiu limitação em na sua vida quotidiana, com 36,5% a admitir limitação severa, havendo uma relação positiva entre o número de medos e o grau de limitação causado assim como uma maior limitação em casos de comorbilidade. Stein et al. (2000) concluíram que os indivíduos

com FS têm maior limitação nas actividades de vida diária (embora de maneira menos severa do que os indivíduos com depressão major) e que esta limitação era mais visível em pessoas com subtipo generalizado da doença do que com pessoas que sofriam de fobia específica de falar em público.

Estes evidenciam pior qualidade de vida, como foi verificado num estudo de Wittchen et al. (1996) com um grupo de fóbicos sociais com mais de 20 anos evolução (n = 65) e outro grupo controlo com indivíduos infectados pelo herpes vírus (n = 65). Preencheram um questionário, o *Social Functioning* (SF-36) que media vários efeitos de doença na vida diária. Foi verificado que havia limitação na vida quotidiana e funcionamento social em 47,7% dos indivíduos no grupo da FS comparado com 4,5% do grupo controlo. Neste mesmo estudo também foi verificado pior desempenho no trabalho, associado a menor produtividade e maior taxa de desemprego.

Os indivíduos com FS são afectados por vezes nos seus relacionamentos mais chegados (Wittchen et al., 1999).

Como já foi dito, tendencialmente as pessoas com FS têm menos condições económicas, são de classe social mais baixa, solteiros ou divorciados, vivem mais isolados, têm menor produtividade no emprego, são desempregados, mudam mais vezes de emprego, têm baixo nível educacional, abandono escolar precoce, menor salário, são financeiramente mais dependentes, têm maior ideação suicida, maior comorbilidade com outros distúrbios mentais e abuso de drogas e álcool. Estas situações estando assim relacionadas podem ser vistas numa relação de causa, factor de risco ou efeito da doença e das limitações que ela causa (Schneier et al., 1992; Magee et al., 1996; Wittchen et al., 1996; Wittchen et al., 1999; Ruscio et al., 2008).

Procura de tratamento

Os fóbicos sociais geralmente não procuram ajuda profissional, especialmente os casos sem comorbilidades e por vezes os próprios médicos, nomeadamente clínicos gerais, ainda têm algum desconhecimento da FS como distúrbio ansioso específico. Comparado até com outros distúrbios ansiosos ou doenças afectivas, os indivíduos com FS procuram menos a ajuda do médico. Geralmente só o procuram quando surgem outros problemas como depressão ou abuso de álcool, drogas ou ansiolíticos, geralmente aos 25-35 anos, 10 a 15 anos após o início da doença e alguns estudos apontam para que apenas cerca de um terço dos indivíduos afectados procurem tratamento, seja pela dificuldade interpessoal inerente ou até por falta de informação sobre a sua situação clínica (Magee, 1996; Wittchen et al., 1999; Pinto Gouveia, 2000; Fehm et al., 2005). Aparentemente são os homens quem mais procura tratamento, algo que pode estar associado à posição na sociedade que ainda ocupam, de maior contacto interpessoal e à maior limitação que pode ocorrer graças a isso (Weinstock, 1999).

Existem poucos estudos acerca do efeito da doença na qualidade de vida dos doentes, devido ao facto de haver pouca procura de ajuda profissional por parte destes (Fehm et al., 2005).

Os medos

Considerando os dois subtipos de FS, há quem diga que os sintomas do subtipo generalizado, para além de existirem em maior número, são mais severos do que os do subtipo específico (Turner et al., 1992).

No subtipo específico a fobia mais comum é a de falar em público (Pollard et al., 1988; Furmark et al., 1999; Pinto Gouveia, 2000). Segundo Kessler et al. (1998) um terço dos

indivíduos com FS tem exclusivamente esta fobia, caracterizada pelo medo de tremer, corar ou gaguejar. Outros estudos como o de Essau et al. (1999) o medo mais comum era o de fazer qualquer coisa à frente de pessoas seguido do habitual medo de falar em público. Outras situações receadas com alguma frequência são comer, beber ou escrever em público pelo medo de tremer, engasgar, deixar cair a comida, e também existe por vezes o medo de urinar em público (paruresis).

Tabela III - Fobias mais comuns no subtipo específico (Pinto Gouveia, 2000)

1º	Falar em público (medo de tremer, corar ou gaguejar).
2º	Comer ou beber em público (medo de engasgar, vomitar, deixar cair a comida ou bebida).
3º	Escrever em público (assinar um cheque, talão, ficha de hotel).
4º	Urinar em público.

Segundo alguns autores, pode ser colocada a hipótese de a fobia de falar em público se tratar de uma entidade clínica distinta (Kessler et al., 1998; Vriends et al., 2007).

Os medos mais referidos, num estudo de Ruscio et al. (2008) foram os de falar em público (21%), falar num encontro ou aula (19,5%), escrever, comer ou beber em público (8,1%) e usar uma casa-de-banho fora de casa (5,7%).

Há autores que consideram que a FS não deve ser dividida em dois subtipos diferentes e que a heterogeneidade da patologia deve ser vista como um contínuo, apenas com diferenças quantitativas de sintomatologia (Vriends et al., 2007). No entanto, uma pessoa com uma fobia específica que tem genericamente menos fobias que um indivíduo portador de um subtipo generalizado, pode, nas situações em que é afectado, evidenciar mais medo (Blote et al.,

2009). Segundo alguns autores, pode ser colocada a hipótese de se tratar da fobia de falar em público se tratar de uma entidade clínica distinta (Kessler et al., 1998; Vriends et al., 2007).

Comorbilidade

Devido à sua idade de incidência baixa, a FS precede geralmente outros distúrbios psiquiátricos, embora possa ser posterior a outras condições (Ruscio et al., 2008). É sabido que quanto mais precoce é o início da FS, maior a probabilidade de distúrbios comórbidos e pior o prognóstico da doença primária (Pinto Gouveia, 2000) estando um maior número de medos está em geral associado a maior comorbilidade (Ruscio et al., 2008).

A FS pode ser distinguida de outros distúrbios de ansiedade pelo sua idade de aparecimento, pelas ocasionais remissões e associação exclusiva com situações de desempenho e interacção sociais (Liebowitz, 1999).

A FS pode apresentar frequente comorbilidade com outro distúrbio ansioso (fobia simples, agorafobia, ansiedade generalizada, crises de pânico, distúrbio de stress pós-traumático), distúrbio afectivo (depressão major, distímia), ou abuso de substâncias como álcool ou droga. Também é frequente a associação com distúrbios do Eixo 2, principalmente com o distúrbio de personalidade evitante e ocasionalmente com distúrbios de personalidade obsessiva e dependente. Existem dados que apontam para existência de comorbilidade em mais de 80% dos doentes (Magee et al., 1996; Pinto Gouveia, 2000).

Segundo Lamberg (1998), um fóbico social tem uma probabilidade quatro vezes maior de ter outro distúrbio de ansiedade ou um distúrbio afectivo, tendo duas a três vezes maior probabilidade de ter uma depressão (Stein et al., 2000; Beesdo et al., 2007; Bella et al., 2009). Quanto aos distúrbios de ansiedade, a fobia simples pode mascarar a FS (por exemplo, o medo de andar de avião impede que se manifeste o medo de falar em público num encontro).

A principal diferença entre o distúrbio de pânico e a FS é que na primeira, o receio das situações centra-se primariamente na expectativa de surgir uma crise de pânico, enquanto que na segunda a crise de pânico pode-se originar da ansiedade provocada directamente pela situação social receada (Pinto Gouveia, 2000).

A FS durante a adolescência parece ser um importante factor de risco para uma futura depressão (Stein et al., 2001). De acordo com vários estudos europeus, na maioria dos casos, a fobia social precede os episódios depressivos e não o contrário (Fehm et al., 2005). Para além de uma relação temporal parece estar relacionada com um pior curso e prognóstico de uma depressão pré-existente (Stein et al., 2001), sabe-se que a depressão major numa fobia social pré-existente conduz a agravamento do desconforto e evitamento das situações sociais (Pinto Gouveia, 2000). Atendendo à elevada comorbilidade verificada por Cairney et al. (2007), estes sugerem que perante os doentes que se apresentam na consulta com depressão ou outros distúrbios de ansiedade, também deve ser aventada a possibilidade do doente ter fobia social, que pode ser um factor de perpetuação, de mau prognóstico para a depressão, só devendo ser feito o diagnóstico de FS na ausência de quadro depressivo.

Existe também uma probabilidade superior em 2 a 5% de ter alcoolismo, algo que pode ter a ver inicialmente com a sua tentativa de desinibição e melhoria de aptidões sociais (Walsh, 2002).

Num estudo iraniano, foi verificado que o distúrbio comórbido mais comum em mulheres é a fobia específica, estando associados outros distúrbios como neurose obsessivo-compulsiva, depressão major e distúrbio de pânico (Mohammadi et al., 2006).

Em vários estudos é apontado o maior risco de suicídio nos indivíduos com FS. A ideação suicida pode ser explicada pela comorbilidade com a depressão (Fehm et al., 2005).

Evitamento e ansiedade

Muito se tem discutido acerca das diferenças, semelhanças entre a FS e o distúrbio de personalidade evitante. São entidades semelhantes? Representam graus diferentes da mesma condição? Ou são duas entidades distintas com características individuais e não sobreponíveis?

Muitos autores questionam a utilidade da distinção conceptual, visto existirem critérios sobreponíveis no DSM-IV para as duas condições (Pinto Gouveia, 2000). Há mesmo quem sugira que existe vulnerabilidade genética comum (Reichborn-Kjennerud et al., 2007). Em vários estudos há a referência de indivíduos com diagnóstico de FS e distúrbio de personalidade evitante, simultaneamente. Esses apresentam sintomas mais severos, mais sintomas depressivos, neuroticismo, introversão, limitação na interacção social e no trabalho, maior comorbilidade. Isso foi confirmado por um estudo de van Velzen et al. (2000) em que comparou vários indivíduos com FS, 28 sem distúrbio de personalidade evitante, 24 com essa condição e 23 com mais de um distúrbio de personalidade.

Os resultados do NESARC (*National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions*), baseados numa amostra de 43093 pessoas com mais de 18 anos mostram que 36,4% dos indivíduos com FS generalizada também tinham critérios para distúrbio de personalidade evitante e que o inverso ocorria em 39,5%. As percentagens eram genericamente maiores quanto maior era o número de medos. (Cox et al., 2009). No entanto, também foi confirmado que o diagnóstico de distúrbio de personalidade evitante aumenta a probabilidade de comorbilidade com distúrbios afectivos, confirmado, por exemplo, com dados de um outro estudo em que apresentava prevalência de 62% de distúrbio de personalidade evitante entre indivíduos diagnosticados com depressão major (Alnaes et al., 1988). Foi verificado no estudo de Cox et al. (2009) que a fobia de interacção (encontro com

alguém ou falar com superior) assim como de observação (comer, beber ou escrever enquanto se é observado) foi maior em indivíduos com as duas condições simultaneamente, assim como é maior nestes a incidência de outros distúrbios de ansiedade. Estes dados apoiam a hipótese de estas duas entidades se diferenciarem mais quantitativamente que qualitativamente sendo isto constatável de maneira mais consistente em relação ao subtipo generalizado.

Um outro estudo de Chambless et al. (2008) realizado com base numa amostra de 34 mulheres e 21 homens (n = 55) com diagnóstico de FS com duração média de 20,1 anos e sem outro distúrbio psiquiátrico concluiu que quando presente o distúrbio de personalidade evitante, os sintomas presentes eram mais severos e tinham menos aptidões sociais, avaliadas numa actividade de *role-playing*, revelando maior ansiedade durante a realização dessas tarefas. A conclusão chegada por este estudo é de que o distúrbio de personalidade evitante pode ser considerado uma forma severa de FS generalizada mais que um diagnóstico independente, embora a amostra analisada tenha sido pequena, podendo reflectir apenas as características deste grupo.

Tratamento

Os doentes com FS parecem evitar o tratamento pelo medo de avaliação negativa por parte dos avaliadores/profissionais. Há dados que apontam para o facto das pessoas que mais necessitam de tratamento para a FS são os que menos a procuram (Schneier et al., 1992; Magee et al., 1996; Ruscio et al., 2008). Uma razão para isso é o facto do indivíduo com o maior número de medos poder ver a sua condição como intratável, como uma parte da sua personalidade, ao contrário daqueles que têm um menor número de medos sociais (Bruch et al., 1995). Por outro lado, um maior número de medos estará associado a uma maior ida à consulta especializada, talvez devido à maior limitação que daí decorra (Ruscio et al., 2008).

Estão associados a melhor resposta à terapêutica uma idade de aparecimento tardia da doença e menor comorbilidade, embora o distúrbio de personalidade não pareça ser um factor que influencie muito o resultado, assim como a duração de doença, idade ou sexo (Van Ameringen et al., 2004).

Terapêutica farmacológica

A farmacoterapia é uma abordagem eficaz no tratamento da FS (Blanco et al., 2003; Stein et al., 2004).

Os fármacos utilizados para o tratamento da FS incluem os inibidores da monoaminoxidase reversíveis e irreversíveis, antidepressivos tricíclicos, inibidores selectivos da recaptção da serotonina, inibidores selectivos da recaptção da serotonina e noradrenalina, benzodiazepinas e betabloqueantes (Bentley et al., 2001; Fehm et al., 2005; Muller et al., 2005).

Os inibidores selectivos da recaptção da serotonina (ISRS) são os fármacos de primeira linha, sendo a paroxetina a droga mais estudada e a mais usada no tratamento da fobia social, são mais bem tolerados, têm menos efeitos secundários que os restantes e são úteis para tratar simultaneamente comorbilidades como depressão ou outros distúrbios de ansiedade (Muller et al., 2005). Os resultados deste fármaco, com doses entre os 20 e os 50 mg, foram bastante favoráveis em relação a grupos placebo em muitos estudos (Stein et al., 1998; Baldwin et al., 1999; Hansen et al., 2008). Ocasionalmente podem surgir náuseas, vómitos, ansiedade, irritabilidade, perda de peso, cefaleias, disfunção sexual, reacções de hipersensibilidade, anafilaxia, xerostomia, convulsões ou sintomas extrapiramidais (Nardi, 2001; Osswald et al., 2006). Um estudo realizado em 18 indivíduos, sem tratamento prévio

para este distúrbio, mostrou que a terapêutica com o citalopram mostrou alteração com normalização dos circuitos neuronais, nomeadamente na amígdala, hipocampo e regiões corticais próximas a estas duas estruturas (Furmark et al., 2002). Existem também resultados positivos para fármacos como o escitalopram, fluvoxamina e sertralina. A fluoxetina também pode ser usada, embora com resultados pouco encorajadores (Kobak et al., 2002).

A venlafaxina, um antipressivo com efeitos simultâneos no sistema serotoninérgico e noradrenérgico (ISRSN), tem mostrado resultados positivos em estudos realizados e semelhantes aos ISRSs (Kelsey, 1995; Hansen et al., 2008). Num estudo com uma amostra de 12 indivíduos que sofriam de FS e distúrbio de personalidade evitante, sem resposta a ISRSs, a venlafaxina obteve resultados encorajadores com apenas alguns efeitos adversos descritos como náuseas, cefaleias ou ansiedade (Altamura et al., 1999). Outros efeitos adversos possíveis são insónias, sonolência, tonturas, hipertensão, xerostomia, astenia, irritabilidade, convulsões ou aumento das transaminases e do colesterol (Osswald et al., 2006). Apresenta boa eficácia, segurança e tolerabilidade e os efeitos adversos que podem aparecer neste fármaco são semelhantes aos do grupo dos ISRSs, levando a concluir que esta é uma boa alternativa de tratamento (Muller et al., 2005).

Os inibidores da monoaminoxidase (IMAO), nomeadamente a fenelzina, foram dos primeiros fármacos estudados e utilizados no tratamento da FS. É um fármaco eficaz embora com efeitos adversos significativos como hipertensão grave, especialmente se as indicações dietéticas não forem cumpridas, com restrição do consumo de alimentos ricos em tiramina (Versiani et al., 1992). A fenelzina pode ser iniciada com uma dose de 15 mg/dia, aumentando para 30 mg após 3 dias, para 45 mg na segunda semana de tratamento, para 60 mg na terceira semana até um máximo de 90 mg diários (Muller et al., 2005). Eficácia semelhante à fenelzina foi observada com a tranilcipromina (Versiani et al., 1988) embora sejam poucos os estudos disponíveis. Os efeitos adversos deste grupo de fármacos são

náuseas, vômitos, fadiga, insônia, cefaleias, tremores, espasmos musculares, retenção urinária para além do risco de crise hipertensiva já falado (Nardi, 2001).

Os inibidores da monoaminoxidase reversíveis (RIMA), nomeadamente a moclobemida, apresenta resultados contraditórios em vários estudos, existindo alguns em que não houve qualquer vantagem em relação ao placebo (Muller et al., 2005). Exibe também resultados inferiores à fenelzina (Versiani et al., 1992), embora apresente tolerabilidade superior à fenelzina e não necessita das restrições dietéticas típicas deste último (na dose padrão de 600 mg/dia), o que é um dado a ter em conta no caso de se realizar uma terapêutica a longo prazo (Stein et al., 2002). Os efeitos adversos da moclobemida são alterações do sono, tonturas, hipotensão postural, náuseas, cefaleias, agitação e estados confusionais (Osswald et al., 2006).

Relativamente aos antidepressivos tricíclicos, um estudo em que avaliou o efeito da imipramina nesta doença não recomendou a sua utilização (Simpson et al., 1998) mas existem outros que referem resultados positivos com a clomipramina e a tranilcipromina, embora as amostras nestes estudos tenham uma dimensão bastante reduzida (Beaumont, 1977; Versiani et al., 1988). Estes fármacos produzem efeitos anticolinérgicos de sedação, xerostomia, obstipação, retenção urinária, ganho de peso aumento da pressão intraocular, visão turva, hipotensão ortostática, alteração do ritmo cardíaco e agravamento de diabetes pré-existente (Bentley et al., 2001; Fehm et al., 2005; Osswald et al., 2006).

As benzodiazepinas têm efeitos úteis na FS, obedecendo à mesma lógica da sua utilização no distúrbio de pânico e no distúrbio de ansiedade generalizada (Pinto Gouveia, 2000). Está descrito que a ansiedade diminui pelo seu efeito inibitório GABA (Muller et al., 2005). O clonazepam demonstrou ser bastante superior ao placebo, confirmando a sua utilidade no tratamento da FS (Davidson et al., 1993). Efeitos adversos atribuíveis às benzodiazepinas são sonolência e incoordenação motora, náuseas, vômitos, diarreia,

alterações visuais, cardiovasculares, de memória e de apetite, confusão, depressão e vertigem para além do risco genérico de induzir tolerância, efeito *rebound* e dependência física e psíquica (Osswald et al., 2006).

Um estudo realizado com gabapentina mostrou vantagem significativa em relação ao placebo, principalmente com doses elevadas (3600 mg) tendo sido descritos alguns casos de indivíduos com flatulência e disfunção sexual (Pande et al., 1999). A gabapentina pode causar sonolência, fadiga, tonturas, ataxia, nistagmo, rinite, diplopia, ambliopia e tremor (Osswald et al., 2006).

As guidelines da *World Federation of Societies of Biological Psychiatry* (WFSBP) para o tratamento do distúrbio de ansiedade social dão como fármacos de primeira linha os inibidores selectivos da recaptção da serotonina como o escitalopram, o paroxetina, sertalina, fluvoxamina e o inibidor selectivo da captação da serotonina e noradrenalina, a venlafaxina. Na tabela IV estão indicados os fármacos usados nesta patologia (Bandelow et al., 2008).

Tabela IV

Grau de recomendação	Grupo farmacológico	Fármaco	Dose diária recomendada (adulto)
1	ISRS	escitalopram	10-20 mg
1	ISRS	paroxetina	20-50 mg
1	ISRS	sertralina	50-150 mg
1	ISRS	fluvoxamina	100-300 mg
1	ISRSN	venlafaxina	75-225 mg
2	IMAO	fenelzina	45-90 mg
3	ISRS	citalopram	20-40 mg
3	Benzodiazepinas	clonazepam	1,5-8 mg
3	Anticonvulsivantes	gabapentina	600-3600 mg
5	ISRS	fluoxetina	20-40 mg
5	RIMA	moclobemida	300-600 mg

Outros fármacos que podem ser utilizados incluem os β -bloqueantes como o propanolol (dose de 10-40 mg) que reduzem os sintomas resultantes da activação simpática como a taquicardia, palpitações, o tremor e o rubor mas que têm utilidade apenas em situação de desempenho social e com toma ocasional, cerca de 45 a 60 minutos antes da situação receada. A toma a longo prazo está associada a risco de fadiga e disfunção sexual e deve ser evitada em doentes com asma, diabetes e determinadas patologias cardiovasculares (Pinto Gouveia, 2000; Muller et al., 2005).

Estão em estudo alguns potenciais fármacos como o bupropion, a nefazodona, o ondansetron, a olanzapina e a reboxetina (Muller et al., 2005).

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

Uma vez alcançadas melhorias na sintomatologia, que devem ser observadas até 12 semanas com a dose máxima recomendada, o doente deve ser encorajado a continuar com a terapêutica, visto que a interrupção pode levar a recidiva. É recomendado manter a medicação durante pelo menos 1 ano, devendo haver redução progressiva da dose (25% a cada 2 meses) quando for desejado interromper a terapêutica farmacológica (Bandelow et al., 2008).

Cerca de dois terços dos doentes com FS no presente ou passado refere ter tomado medicação para outro distúrbio mental em algum momento da sua vida. No entanto apenas cerca de 30% refere ter sido medicado especificamente para a FS (Ruscio et al., 2008).

Há estudos que apontam que os doentes que recebem tratamento cognitivo-comportamental têm taxas mais baixas de recaídas do que aqueles que recorrem apenas aos fármacos (Liebowitz, 1999). O autor considera que enquanto se conceptualizar a timidez como uma doença, é natural que se continue a insistir no recurso a fármacos, geralmente como única solução. A terapia cognitivo-comportamental é, segundo ele, uma alternativa efectiva e que reduz o risco de efeitos adversos indesejáveis.

Terapêutica cognitivo-comportamental

Esta é uma alternativa de tratamento que tem vindo a ganhar cada vez mais apoiantes. A maioria dos tratamentos de base psicológica é de natureza comportamental ou cognitiva.

Existem quatro grandes tipos de intervenções que podem ser usadas isoladamente ou em associação (Pinto Gouveia, 2000; Muller et al., 2005; Wild et al., 2009):

1 - Exposição aos estímulos sociais receados: É o componente terapêutico mais utilizado quer isolado quer em associação. Consiste numa série de técnicas em que os doentes são confrontados com uma série de situações sociais receadas, de maneira a criar habituação e a diminuir a ansiedade relacionada com essa situação. Torna-se, por vezes, difícil estabelecer as condições de exposição devido à natureza imprevisível e variável das situações sociais, curta duração de muitas situações sociais e, mais importante, muitas vezes os fóbicos não evitam situações, antes evitam focar a atenção nos estímulos, diminuindo o impacto da exposição. Só se considera a exposição eficaz quando há modificação das crenças disfuncionais, mudança no medo de avaliação negativa. Devem ser realizadas a prevenção da utilização de comportamentos de segurança, estratégias de intenção paradoxal com exposição ao medo de avaliação e estratégias que dificultem o foco em si mesmo.

2 - Terapia cognitiva: Com o objectivo de reestruturar e modificar crenças, auto-avaliações e suposições disfuncionais associadas ao medo de avaliação pelos outros, corrigindo os pensamentos negativos e irracionais. Pode ser associada a técnicas de exposição. O reavivar de memórias desagradáveis ligadas a imagens negativas de si mesmo parece ter um efeito positivo no tratamento.

3 - Técnicas de relaxamento: Utilizadas para ajudar os doentes a identificar e controlar alguns dos sintomas somáticos experienciados. Pode ser aplicada ao mesmo tempo que se expõe a situação social receada, chamando-se assim *relaxamento aplicado*.

4 - Treino de aptidões sociais: É habitualmente realizado em formato de grupo, complementado com posterior exposição, existindo assim um *feedback* que leva a correcção dos comportamentos. As competências sociais são trabalhadas: comportamentos não verbais (contacto visual, postura corporal, sorriso, mímica facial) e comportamentos verbais (iniciar, ouvir e manter conversas, dar e receber elogios, expressar discordância). É pouco utilizado isoladamente, devendo ser visto como um tratamento complementar.

A terapia cognitivo-comportamental de grupo engloba métodos cognitivos e comportamentais, podendo incluir processos de dramatização comportamental, de *role-playing*, com bons resultados. Um questionamento adequado e a dramatização comportamental de algumas situações permite que o doente perceba os seus comportamentos de segurança. O terapeuta pode questionar alguns comportamentos como, por exemplo, pensar muito antes de se responder, alertando o doente e melhorando a sua percepção em relação ao comportamento, conseguindo evitar que este perca a atenção em relação ao interlocutor. Pode assim melhorar as suas respostas e o seu desempenho. O terapeuta pode também simular uma conversa, primeiro com o doente a utilizar o comportamento de segurança e repetindo, depois, a conversa sem utilizar o comportamento de segurança habitual. Depois compara as duas situações, distinguindo os diferentes níveis de ansiedade e avaliando o seu desempenho social. O mesmo pode ser feito com aumento e diminuição da atenção auto-focada (Pinto Gouveia, 2000). Esta abordagem parece ser eficaz no tratamento da FS em indivíduos com comorbilidade, verificando-se que sofrem agravamento se existir interrupção (Marom et al., 2009). Estes autores recomendam um tempo de terapêutica mais curto e focado para os indivíduos com subtipo específico, e um tratamento mais prolongado e em grupos mais reduzidos para os indivíduos com FS generalizada. Foram verificados ganhos terapêuticos com esta abordagem, mantidos 4 a 6 anos após a interrupção do tratamento

(Muller et al., 2005). Existem, também, resultados bastante positivos com associação de terapia cognitiva a técnicas individuais de exposição (Lincoln et al., 2003).

Um estudo de McEvoy (2007) demonstrou que a terapia cognitivo-comportamental de grupo apresentou resultados semelhantes à abordagem individual, sendo mais prático, mais barato e com ganhos em termos de processos de grupo. Deve ser considerada, por isso, uma opção de primeira linha no tratamento da FS.

A terapêutica cognitivo-comportamental pode ser associada aos fármacos, não existindo para já dados que evidenciem uma vantagem inquestionável nessa opção terapêutica (Fehm et al., 2005; Muller et al., 2005). Por exemplo, num estudo realizado por Davidson et al. (2004), não ficou comprovado o benefício da terapêutica combinada de fluoxetina mais terapia cognitivo-comportamental em relação à monoterapia com a fluoxetina embora não seja um fármaco de primeira linha.

Prognóstico

A FS é vista como uma doença crónica, com uma frequência superior a 10 anos e uma maior taxa de recuperação está associada a um menor número de medos (Fehma et al., 2005). A recuperação ocorre geralmente após décadas de doença. Apenas 20-40% dos casos recupera em menos de 20 anos desde o início da doença e 40-60% em menos de 40 anos (Ruscio et al., 2008). A frequência de recuperação é ainda mais baixa sem qualquer tratamento (Pinto Gouveia, 2000).

Já foi referido, tendencialmente as pessoas com FS têm menos condições económicas, são de classe social mais baixa, solteiros ou divorciados, vivem mais isolados, têm menor produtividade no emprego, são desempregados, mudam mais vezes de emprego, têm baixo nível educacional, abandono escolar precoce, menor salário, são financeiramente mais

dependentes, têm maior ideação suicida, maior comorbilidade com outros distúrbios mentais e abuso de drogas e álcool. Estas situações, para além de poderem ser vistas numa relação de causa ou factor de risco, podem ser vistas também como efeito da doença e das limitações que ela causa (Schneier et al., 1992; Magee et al., 1996; Wittchen et al., 1996; Wittchen et al., 1999; Ruscio et al., 2008).

Um número de medos elevado estará relacionado com idade jovem, sexo feminino, raça branca, solteiro ou divorciado, baixo nível educacional e baixo salário e por isso com maior comorbilidade e pior prognóstico (Ruscio et al., 2008).

Impacto socio-económico

Existem estudos que referem que a FS causa uma sobrecarga nos serviços de saúde (Schneier et al., 1992) com prejuízos não apenas no sistema de saúde mas também com redução nos ganhos e na produtividade própria (Wittchen et al., 1996).

Os gastos estimados com distúrbios de ansiedade no geral nos Estados Unidos são de quase 50 milhões de dolares por ano, cerca de 30% dos gastos para todos os distúrbios mentais (DuPont et al., 1996), existindo poucos dados acerca dos gastos específicos para a fobia social. Para além do maior desemprego ou dependência financeira encontrada neste grupo (Leon et al., 1995), estes também apresentavam maior inactividade, indisponibilidade profissional e absentismo, conduzindo a um menor contributo para a economia, com maior número de faltas ao trabalho e maiores custos inerentes à manutenção de desemprego (Lipsitz et al., 2000; Katzelnick et al., 2001; Patel et al., 2002). A FS é uma das 10 mais importantes causas de faltas ao trabalho (Stansfeld et al., 2008), tendo sido constatado que os indivíduos com fobia social generalizada recebem o dobro de subsídios da população normal (Stein, 2006).

Como já referido, apenas uma pequena percentagem de fóbicos sociais procuram activamente tratamento (Schneier et al., 1992; Magee et al., 1996; Ruscio et al., 2008), principalmente quando existem comorbilidades. Há assim um número superior de idas a consultas de Psiquiatria mas não necessariamente pelas queixas de ansiedade social (Patel et al., 2002). Paradoxalmente, Schneier et al. (1992) verificaram que os indivíduos com FS puras iam duas vezes mais a consultas médicas do que os indivíduos sem distúrbios mentais, embora com menos frequência que os fóbicos sociais com outros distúrbios mentais. De acordo com Patel et al. (2002), dentro de um grupo de pessoas com FS, cerca de metade tomava pelo menos um medicamento em comparação com apenas 27% do grupo sem distúrbios mentais.

A insegurança no trabalho pode ser combatida com recurso ao tratamento e uma maior compreensão dos empregadores e dos colegas de trabalho, o que leva a uma melhoria nas relações interpessoais e no desempenho no trabalho (Stansfeld et al., 2008). Uma aposta no desenvolvimento de cuidados primários que levem a uma detecção e tratamento precoces será importante na diminuição dos custos socio-económicos desta doença, quer a nível individual quer a nível colectivo, diminuição de gastos de saúde e maiores proveitos económicos (Patel et al., 2002).

Conclusão

A FS e a TM podem considerar-se dois termos distintos embora com aspectos em comum. Por vezes pode existir a tendência de se considerarem casos de FS como um traço de personalidade com consequências pouco significativas na vida das pessoas. De facto, não é assim que se passa e tratando-se de um distúrbio de ansiedade tão prevalente, deveria existir cada vez uma maior consciencialização dos profissionais de saúde para esta condição, de

modo a permitir uma intervenção mais precoce do que aquela que se verifica. Isso permitiria um menor impacto na vida destes doentes.

A TM não corresponde a um conceito psicológico bem definido e é por alguns autores considerado como parte de um espectro, em que a FS constitui uma forma mais severa de TM enquanto outros autores consideram estes dois conceitos sobreponíveis, representando a TM, no entanto, um conceito mais alargado. A TM, por vezes, pode até ter vantagens pois permite a preservação da intimidade e estes indivíduos geralmente evitam conflitos e são bons ouvintes.

Estão bem definidos os Critérios de Diagnóstico para a FS, seja segundo o DSM-IV-TR, seja de acordo com a ICD-10. São esperadas alterações na próxima publicação do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-V), previsto para 2013.

A FS surge, na maioria dos casos, durante a adolescência e é raro após os 25 anos, sendo mais comum entre as mulheres (em idades mais avançadas parece não existir diferenças de género), podendo este facto estar relacionado com alterações fisiológicas típicas da idade ou com o confronto com novas situações de exposição social, comuns no percurso escolar. A maioria dos estudos disponíveis com dados acerca da incidência e prevalência são relativos a países europeus ou da América do Norte. No entanto, existem também alguns dados relativos a países como Irão, Coreia do Sul ou Nigéria que apresentam outros valores de incidência e prevalência que podem estar relacionados com as diferenças culturais e sociais existentes.

Tendencialmente, os indivíduos com FS têm piores condições económicas, são solteiros ou divorciados, têm maior taxa de desemprego e menores habilitações.

Existem vários factores etiológicos para a FS. Os biológicos apontam para papel de uma amígdala hiperfuncionante ou para uma disfunção serotoninérgica, dopaminérgica ou noradrenérgica, estando mais associados ao subtipo generalizado de FS. Quanto aos factores

ambientais, é enfatizado o papel da família e de ambientes disfuncionais dentro desta, seja por imitação dos modelos, por experiências traumáticas que surjam ou por um certo proteccionismo por parte dos progenitores. Todas estas situações estão relacionadas com um maior número de acontecimentos de vida negativos, comuns entre os fóbicos sociais.

Clinicamente, a FS é caracterizada por sintomas somáticos reveladoras de ansiedade como, por exemplo, tremor, rubor ou sudação, por perturbações cognitivas com um característico enviesamento, com pensamentos negativos acerca de si, com a sensação de constante avaliação por parte dos outros e por alterações de comportamento que podem consistir no evitamento de situações sociais, bloqueamento durante a situação social ou comportamentos de segurança na tentativa de reduzir o stress e a ansiedade. Estas manifestações comportamentais podem ser consideradas também como fonte de ameaça para estes doentes. Deve-se ter em conta que a clínica pode ter variações consoante a região e a cultura em que as pessoas se inserem, devido a uma diferente percepção da própria pessoa e do significado do grupo.

O efeito da doença nas actividades quotidianas é evidente, podendo a limitação ser marcada e está relacionada com uma menor qualidade de vida. O grau de intensidade destes efeitos pode estar relacionado com o número de medos. Particularizando o tipo de medos, o medo de falar em público é o mais frequente, sendo outras fobias frequentes comer, beber, escrever ou urinar em público.

A FS está frequentemente associada a outros distúrbios (ansiosos, afectivo, de abuso ou de personalidade), e esses casos estão mais associados a um início precoce da FS, com pior curso e prognóstico. Relativamente ao distúrbio de personalidade evitante, parece que esta condição difere da FS principalmente em aspectos quantitativos mais que qualitativos.

A procura de tratamento nem sempre é feita e quando existe ocorre geralmente 10 a 15 anos após o início da doença, seja por falta de informação ou pela dificuldade no

relacionamento com o médico. O tratamento farmacológico constitui uma abordagem eficaz, sendo fármacos de primeira linha os ISRSs escitalopram, paroxetina, sertralina ou fluvoxamina e o ISRSN venlafaxina. Outros fármacos utilizados pertencem ao grupo dos IMAO, benzodiazepinas, anticonvulsivantes ou RIMA. A abordagem cognitivo-comportamental tem vindo a ganhar cada vez mais apoiantes e as diferentes técnicas podem ser associadas isoladamente ou em associação com técnicas diferentes ou fármacos. A FS é uma doença crónica com uma frequência superior a 10 anos, com alguns casos de recuperação dependentes de tratamento, geralmente algumas décadas após o início da doença.

Fica então aqui feita a revisão de duas condições que causam bastantes limitações nas actividades quotidianas e que com a sua significativa prevalência pode ter enormes custos no sistema de saúde, na economia e na sociedade em geral.

Bibliografia

Alnaes, R., & Torgerson, S. (1988). The relationship between DSM-III symptom disorders (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an outpatient population. *Acta psychiatrica Scandinavica* , 78, 485–492.

Altamura, A., Pioli, R., Vitto, M., & Mannu, P. (1999). Venlafaxine in social phobia: a study in selective serotonin reuptake inhibitor non-responders. *International clinical psychopharmacology* , 14(4), 239-245.

Altemus, M. (2006). Sex differences in depression and anxiety disorders: potential biological determinants. *Hormones and behavior* , 50, 534–538.

Baldwin, D., Bobes, J., Stein, D., Scharwächter, I., & Faure, M. (1999). Paroxetine in social phobia/social anxiety disorder. Randomised, double-blind, placebo-controlled study. Paroxetine Study Group. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* , 175, 120-126.

Bandelow, B., Zohar, J., Hollander, E., Kasper, S., & Möller, H. (2008). Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders - first revision. *The World Journal of Biological Psychiatry* , 9, 248-312.

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

Beaumont, G. (1977). A large open multicentre trial of clomipramine (Anafranil) in the management of phobic disorders. *The Journal of international medical research* , 5, 116-123.

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

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

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

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

Blote, A., Klint, M., Miers, A., & Westenberg, P. (2009). The relation between public speaking anxiety and social anxiety: A review. *Journal of Anxiety Disorders* , 23, 305-313.

- Bokhorst, C., Westenberg, P., Oosterlaan, J., & Heyne, D. (2008). Changes in social fears across childhood and adolescence: age-related differences in the factor structure of the Fear Survey Schedule for Children-Revised. *Journal of anxiety disorders* , 22, 135–142.
- Bruch, M., Hamer, R., & Heimberg, R. (1995). Shyness and public self-consciousness: additive or interactive relation with social interaction? *Journal of personality* , 63, 47–63.
- Cairney, J., McCabe, L., Veldhuizen, S., Corna, L., Streiner, D., & Herrmann, N. (2007). Epidemiology of Social Phobia in Later Life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* , 15(3), 224-233.
- Campbell, D., J., S., Stein, M., Kravetsky, L., Paulus, M., Hassard, S., et al. (2009). Happy but not so approachable: the social judgments of individuals with generalized social phobia. *Depression and anxiety* , 26(5), 419-424.
- Campbell, R. (1996). *Psychiatric dictionary (7th ed.)*. New York: Oxford University Press.
- Chambless, D., Fydrich, T., & Rodebaugh, T. (2008). Generalized social phobia and avoidant personality disorder: meaningful distinction or useless duplication. *Depression and anxiety* , 25(1), 8-19.
- Chartier, M., Walker, J., & Stein, M. (2001). Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample. *Psychological Medicine* , 31, 307-315.
- Chavira, D., Stein, M., & Malcarne, V. (2002). Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders* , 18, 585-598.
- Cox, B., Pagura, J., Stein, M., & Sareen, J. (2009). The Relationship between generalized social phobia and avoidant personality disorder in a national mental health survey. *Depression and anxiety* , 26, 354-362.
- Davidson, J., Foa, E., Huppert, J., Keefe, F., Franklin, M., Compton, J., et al. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of general psychiatry* , 61(10), 1005-1013.
- Davidson, J., Potts, N., Richichi, E., Krishnan, R., Ford, S., Smith, R., et al. (1993). Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *Journal of clinical psychopharmacology* , 13(6), 423-428.
- Den Boer, J. (1997). Social Phobia: Epidemiology, recognition and treatment. *British Medical Journal* , 315(7111), 796-781.
- DuPont, R., Rice, D., Miller, L., Shiraki, S., Rowland, C., & Harwood, H. (1996). Economic costs of anxiety disorders. *Anxiety* , 2(4), 167-172.
- Essau, C., Conradt, J., & Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy* , 37, 831–884.

- Fehm, L., Pelissolob, A., Furmark, T., & Wittchen, H. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, *15*, 453–462.
- Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P., Marteinsdottir, I., & Gefvert, O. (1999). Social phobia in the general population: Prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology*, *34*, 416-424.
- Furmark, T., Tillfors, M., Marteinsdottir, I., Fischer, H., Pissiota, A., Långström, B., et al. (2002). Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy. *Archives of general psychiatry*, *59*(5), 425-433.
- Gren-Landell, M., Tillfors, M., Furmark, T., Bohlin, G., Andersson, G., & Svedin, C. (2008). Social phobia in Swedish adolescents. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *44*, 1-7.
- Gureje, O., Lasebikan, V., Kola, L., & Makanjuola, V. (2006). Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *188*, 465-471.
- Hackmann, A., Clark, D., & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour research and therapy*, *36*, 601-610.
- Hansen, R., Gaynes, B., Gartlehner, G., Moore, C., Tiwari, R., & Lohr, K. (2008). Efficacy and tolerability of second-generation antidepressants in social anxiety disorder. *International clinical psychopharmacology*, *23*(3), 170-179.
- Heiser, N., Turner, S., & Beidel, D. (2003). Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behaviour Research & Therapy*, *41*, 209-221.
- Heiser, N., Turner, S., Beidel, D., & Robertson-Nay, R. (2009). Differentiating social phobia from shyness. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*, 469-476.
- Hiemisch, A., Ehlers, A., & Westermann, R. (2002). Mindsets in social anxiety: a new look at selective information. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *33*, 103–114.
- Hofmann, S. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: a comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, *36*(4), 193-209.
- Hofmann, S., & Heinrichs, N. (2003). Differential Effect of Mirror Manipulation on Self-Perception in Social Phobia Subtypes. *Cognitive therapy and research*, *27*, 131-142.
- Katzelnick, D., Kobak, K., DeLeire, T., Henk, H., Greist, J., Davidson, J., et al. (2001). Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *The American journal of psychiatry*, *158*(12), 1999-2007.
- Kelsey, J. (1995). Venlafaxine in social phobia. *Psychopharmacology bulletin*, *31*(4), 767-771.

- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* , 62, 593–602.
- Kessler, R., Stein, M., & Berglund, P. (1998). Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry* , 155, 13-17.
- Knappe, S., Beesdo, K., Fehm, L., Lieb, R., & Wittchen, H. (2009). Associations of familial risk factors with social fears and social phobia: evidence for the continuum hypothesis in social anxiety disorder? *Journal of neural transmission* , 116(6), 639-648.
- Knappe, S., Lieb, R., Beesdo, K., Fehm, L., Low, N., Gloster, A., et al. (2009). The role of parental psychopathology and family environment for social phobia in the first three decades of life. *Depression and anxiety* , 26(4), 363-370.
- Kobak, K., Greist, J., Jefferson, J., & Katzelnick, D. (2002). Fluoxetine in social phobia: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *Journal of clinical psychopharmacology* , 22(3), 257-262.
- Lamberg, L. (1998). Social phobia - not just another name for shyness. *JAMA* , 20, 685-689.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster.
- Leon, A., Portera, L., & Weissman, M. (1995). The social costs of anxiety disorders. *The British journal of psychiatry. Supplement* , 27, 19-22.
- Licht, C., de Geus, E., van Dyck, R., & Penninx, B. (2009). Association between anxiety disorders and heart rate variability in The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Psychosomatic medicine* , 71(5), 508-518.
- Lieb, R., Wittchen, H., Hofler, M., Fuetsch, M., Stein, M., & Merikangas, K. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of general psychiatry* , 57(9), 859-866.
- Liebowitz, M. (1999). Update of the diagnosis and treatment of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* , 60(Suppl. 18), 22-26.
- Lincoln, T., Rief, W., Hahlweg, K., Frank, M., von Wittleben, I., Schroeder, B., et al. (2003). Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. *Behaviour research and therapy* , 41(11), 1251-1269.
- Lipsitz, J., & Schneier, F. (2000). Social phobia. Epidemiology and cost of illness. *Pharmacoeconomics* , 18(1), 23-32.
- Magee, W. (1999). Effects of negative life experiences on phobia onset. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* , 34, 343-351.

- Magee, W., Eaton, W., Wittchen, H., McGonagle, K., & Kessler, R. (1996). Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *JAMA* , 75, 1046.
- Marom, S., Gilboa-Schechtman, E., Aderka, I., Weizman, A., & Hermesh, H. (2009). Impact of depression on treatment effectiveness and gains maintenance in social phobia: a naturalistic study of cognitive behavior group therapy. *Depression and anxiety* , 26(3), 289-300.
- Marteinsdottir, I., Furmark, T., Tillfors, M., Fredrikson, M., & Ekselius, L. (2001). Personality traits in social phobia. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists* , 16, 143-150.
- Marteinsdottir, I., Svensson, A., Svedberg, M., Anderberg, U., & Knorrning, L. (2007). The role of life events in social phobia. *Nordic Journal of Psychiatry* , 61(3), 207-212.
- McEvoy, P. (2007). Effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social phobia in a community clinic: a benchmarking study. *Behaviour research and therapy* , 45(2), 3030-3040.
- Mohammadi, M., Ghanizadeh, A., Mohammadi, M., & Mesgarpour, B. (2006). Prevalence of social phobia and its comorbidity with psychiatric disorders in Iran. *Depression and anxiety* , 23, 405-411.
- Muller, J., Koen, L., Seedat, S., & Stein, D. (2005). Social anxiety disorder : current treatment recommendations. *CNS Drugs* , 19(5), 377-391.
- Nardi, A. (2001). Antidepressant in social anxiety disorder. *Arquivos de neuro-psiquiatria* , 59, 637-642.
- Osswald, W., Caramona, M., Esteves, A., Gonçalves, J., Macedo, T., Mendonça, J., et al. (2006). *Prontuário Terapêutico*. Infarmed.
- Pande, A., Davidson, J., Jefferson, J., Janney, C., Katzelnick, D., Weisler, R., et al. (1999). Treatment of social phobia with gabapentin: a placebo-controlled study. *Journal of clinical psychopharmacology* , 19(4), 341-348.
- Patel, A., Knapp, M., Henderson, J., & Baldwin, D. (2002). The economic consequences of social phobia. *Journal of affective disorders* , 68, 221-233.
- Pinto Gouveia, J. (2000). *Ansiedade Social: da timidez à fobia social*. Quarteto Editora.
- Pinto Gouveia, J. (1997). Fobia Social: Conceito, Critérios de Diagnóstico, Epidemiologia e Características Clínicas. *Psiquiatria Clínica* , 18(4), 279-293.
- Pollard, C., & Henderson, J. (1988). Four types of social phobia in a community sample. *The Journal of nervous and mental disease* , 176, 440-445.

- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Koivisto, A., Tuomisto, M., Pelkonen, M., & Marttunen, M. (2007). Age and gender differences in social anxiety symptoms during adolescence: The Social Phobia Inventory (SPIN) as a measure. *Psychiatry Research* , 153, 261–270.
- Rapee, R., & Spence, S. (2004). The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clinical psychology review* , 24, 737–767.
- Reichborn-Kjennerud, T., Czajkowski, N., Torgersen, S., Neale, M., Ørstavik, R., Tambs, K., et al. (2007). The relationship between avoidant personality disorder and social phobia: a population-based twin study. *The American journal of psychiatry* , 164(11), 1722-1728.
- Roelofs, K., van Peer, J., Berretty, E., Jong, P., Spinhoven, P., & Elzinga, B. (2009). Hypothalamus-pituitary-adrenal axis hyperresponsiveness is associated with increased social avoidance behavior in social phobia. *Biological psychiatry* , 65(4), 336-343.
- Ruscio, A., Brown, T., Chiu, W., Sareen, J., Stein, M., & Kessler, R. (2008). Social Fears and Social Phobia in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine* , 38(1), 15-28.
- Schneier, F., Johnson, J., Hornig, C., Liebowitz, M., & Weissman, M. (1992). Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of general psychiatry* , 49(4), 282-288.
- Shumaker, E., & Rodebaugh, T. (2009). Perfectionism and social anxiety: rethinking the role of high standards. *Journal of behaviour therapy and experimental psychiatry* , 40(3), 423-433.
- Simpson, H., Schneier, F., Campeas, R., Marshall, R., Fallon, B., Davies, S., et al. (1998). Imipramine in the treatment of social phobia. *Journal of clinical psychopharmacology* , 18(2), 132-135.
- Spiess, E., & Wittmann, A. (1999). Motivational phases associated with the foreign placement of managerial candidates: an application of the Rubicon model of action phases. *The International Journal of Human Resource Management* , 10, 891 - 905.
- Spurr, J., & Stopa, L. (2002). Self-focused attention in social phobia and social anxiety. *Clinical Psychology Review* , 22, 947–975.
- Stansfeld, S., Blackmore, E., Zagorski, B., Munce, S., Stewart, D., & Weller, I. (2008). Work characteristics and social phobia in a nationally representative employed sample. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* , 53(6), 371-376.
- Stein, D., Cameron, A., Amrein, R., & Montgomery, S. (2002). Moclobemide is effective and well tolerated in the long-term pharmacotherapy of social anxiety disorder with or without comorbid anxiety disorder. *International clinical psychopharmacology* , 17(4), 161-170.
- Stein, D., Ipser, J., & Balkom, A. (2004). Pharmacotherapy for social phobia. *Cochrane database of systematic reviews* , 18(4), CD001206.

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

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

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

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

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

Tiihonen, J., Kuikkam, J., Bergstrom, U., Koponen, H., & Leinonen, E. (1997). Dopamine reuptake site densities in patients with social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 154, 239-243.

Turner, S., Beidel, D., & Townsley, R. (1992). Social phobia: a comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of abnormal psychology*, 101(2), 326-331.

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

Van Ameringen, M., Oakman, J., Mancini, C., Pipe, B., & Chung, H. (2004). Predictors of response in generalized social phobia: effect of age of onset. *Journal of clinical psychopharmacology*, 24(1), 42-48.

van Velzen, C., Emmelkamp, P., & Scholing, A. (2000). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: differences in psychopathology, personality traits, and social and occupational functioning. *Journal of anxiety disorders*, 14, 395-411.

Versiani, M., Mundim, F., Nardi, A., & Liebowitz, M. (1988). Tranylcypromine in social phobia. *Journal of clinical psychopharmacology*, 8(4), 279-283.

Versiani, M., Nardi, A., Mundim, F., Alves, A., Liebowitz, M., & Amrein, R. (1992). Pharmacotherapy of social phobia. A controlled study with moclobemide and phenelzine. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 161, 353-360.

Voncken, M., Alden, L., & Bögels, S. (2006). Hiding anxiety versus acknowledgment of anxiety in social interaction: relationship with social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1673-1679.

Vriends, N., Becker, E., Meyer, A., Michael, T., & Margraf, J. (2007). Subtypes of social phobia: are they of any use? *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 59-75.

- Walsh, J. (2002). Shyness and Social Phobia: A Social Work Perspective on a Problem in Living. *Health & Social Work, Volume 27, Number 2, Volume 27, Number 2*, 137-144.
- Weinstock, L. (1999). Gender differences in the presentation and management of social anxiety disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry, 60 (Suppl. 9)*, 9-13.
- Wild, J., Hackmann, A., & Clark, D. (2009). Rescripting early memories linked to negative images in social phobia: a pilot study. *Behavior therapy, 39(1)*, 47-56.
- Wittchen, H., & Beloch, E. (1996). The impact of social phobia on quality of life. *International Clinical Psychopharmacology, 11*, 15– 23.
- Wittchen, H., & Fehm, L. (2001). Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *Psychiatric Clinics of North America, 24*, 617–641.
- Wittchen, H., Stein, M., & Kessler, R. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine, 29*, 309–323.
- Zimbardo, P. (1977). *Shyness: What it is, what to do about it*. Reading, MA: Addison-Wesley.