

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
TESE DE DOUTORADO

**FOBIA SOCIAL GENERALIZADA:
UM ESTUDO COMPARATIVO DE DUAS
MODALIDADES TERAPÊUTICAS**

DANIELA ZIPPIN KNIJNIK

Orientador: Prof. Dr. CLÁUDIO LAKS EIZIRIK
Co-Orientadora: Prof. Dra. GISELE GUS MANFRO

Agosto/2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
TESE DE DOUTORADO

**FOBIA SOCIAL GENERALIZADA:
UM ESTUDO COMPARATIVO DE DUAS
MODALIDADES TERAPÊUTICAS**

DANIELA ZIPPIN KNIJNIK

Orientador: Prof. Dr. CLÁUDIO LAKS EIZIRIK
Co-Orientadora: Prof. Dra. GISELE GUS MANFRO

Tese a ser apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Ciências Médicas:
Psiquiatria da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor em Psiquiatria.

Porto Alegre, agosto/2008

À minha avó,
Rebeca Grinberg Zippin.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik, que me acompanha desde a minha entrada na UFRGS, mestrado e agora doutorado, pelo apoio em todas essas fases importantes de minha formação profissional, pelos valiosos ensinamentos nas supervisões e pela sua maneira afetiva e tranqüila de ensinar e simplificar conceitos tão complexos.

À minha co-orientadora, Prof. Dra. Gisele Gus Manfro, pelo exemplo de pesquisadora e profissional, que transita com muita leveza pelas diversas correntes teóricas da psiquiatria, pelas orientações, pelas dicas e, em especial, pela disponibilidade e pelo carinho.

Ao Giovanni Salum Júnior, quem tive o prazer de conhecer enquanto acadêmico de medicina nas aulas de Desenvolvimento do Adulto e do Idoso, pelas suas idéias certas na hora certa, por sua preocupação com os detalhes e o rigor científico, por sua participação em todos os artigos e etapas dessa tese, por sua disponibilidade e seu afeto.

A Carolina Moraes, Clarissa Mombach, Ellen Almeida, Marília Pereira e Atahualpa Strapasson pela colaboração e dedicação nas diversas fases desse estudo, pelas palavras de incentivo e amizade e por ter disponibilizado tempo e espaço para a execução deste trabalho em meio de sua formação.

Ao Prof. Dr. Carlos Blanco, do Departamento de Psiquiatria da Columbia University e do New York State Psychiatric Institute, pela colaboração nos artigos dessa tese e por ter enriquecido o meu conhecimento científico

À equipe do PROTAN, em nome do Prof. Dr. Aristides Cordioli, pela oportunidade de trabalhar e pesquisar em Fobia Social, pela confiança, pelo constante aprendizado e pela convivência afetiva.

Aos funcionários do Centro de Estudos Luís Guedes, em especial a Lenise, Ana e Daniel, por me receberem sempre com um sorriso e estarem prontos para ajudar. A Mara e Rosane, pessoas queridas do Serviço e do Departamento de Psiquiatria.

Ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, em especial, à Patrícia por sua disponibilidade ao longo da realização dessa tese.

Ao GPPG, em especial a Mathias, Vânia e Martha pelo atendimento profissional e ao mesmo tempo acolhedor. Ao FIPE do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo apoio financeiro.

Aos pacientes pelo constante aprendizado.

A minha querida tia Eugênia, pelo exemplo de dedicação aos estudos e incentivo ao meu ingresso na vida acadêmica.

Aos meus irmãos Fernanda, Rafael, Eduardo e Felipe obrigada pela amizade e por estarem sempre ao meu lado. Ao querido Lucas pela sua chegada.

Aos meus pais, em especial a minha mãe, Iara, por ter me educado e me incentivado a estudar e a querer sempre mais, pelo seu exemplo de dignidade, de determinação e, acima de tudo, pelo seu amor.

A minha avó, Rebeca, a quem dedico esta tese de doutorado, agradeço por estar ao meu lado, na torcida, faça chuva ou faça sol e pelo seu amor desde sempre.

“Quando a ansiedade aumenta e irrompe de forma abrupta, engolfa o indivíduo, tornando-o aterrorizado e impotente, bloqueando sua capacidade de pensar.”

Roosevelt Cassorla (2005)

SUMÁRIO

Resumo	13
Summary	16
1 APRESENTAÇÃO	18
2 INTRODUÇÃO	21
3 JUSTIFICATIVA	50
4 HIPÓTESE	51
5 OBJETIVOS	52
6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	53
7 ARTIGOS	54
7.1 Artigo 1 – A pilot study of clonazepam versus psychodynamic group therapy plus clonazepam in the treatment of generalized social anxiety disorder	55
7.2 Artigo 2 – Psychodynamic group therapy for social anxiety disorder: a pilot effort to manualize treatment	73
7.3 Artigo 3 – Does defense style change toward greater adaptiveness or maturity with the addition of psychodynamic group therapy to clonazepam in social anxiety disorder?	91
8 DIVULGAÇÃO PARCIAL DOS RESULTADOS	103
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	105

ANEXO A	Escala de impressão clínica global (CGI).....	106
ANEXO B	Escala de fobia social de Liebowitz (LSAS)	107
ANEXO C	Inventário de depressão de Beck (BDI).....	109
ANEXO D	Questionário de mecanismos de defesa (DSQ-40)	112
ANEXO E	Instrumento para avaliação da qualidade de vida – versão breve (WHOQOL-Breve)	115
ANEXO F	Instrumento para avaliação de sessões de psicoterapia psicanalítica em grupo (IASPP-G).....	118
ANEXO G	Research in analytically oriented group psychotherapy: a tool for the evaluation of adherence to the technique in studies of effectiveness	123
APÊNDICE 1	Termo de consentimento livre e esclarecido	126
APÊNDICE 2	Protocolo de pesquisa	129

LISTA DE FIGURAS

Artigo 1	
Figure 1	Flowchart diagram 62

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Introdução

Quadro 1	Protocolo de terapia psicodinâmica em grupo para fobia social generalizada	34
----------	--	----

Artigo 1

Table 1	Demographic and baseline characteristics of the intent-to-treat population of patients receiving clonazepam or clonazepam plus psychodynamic group therapy in generalized social anxiety disorder	63
---------	---	----

Table 2	Linear mixed models of CGI-I comparing clonazepam versus clonazepam plus psychodynamic group therapy in generalized social anxiety disorder	65
---------	---	----

Table 3	Linear mixed models of LSAS, BDI and WHOQOL-Bref comparing clonazepam or clonazepam plus psychodynamic group therapy in generalized social anxiety disorder	66
---------	---	----

Artigo 3

Table 1	Repeated measures stepwise ANCOVA regarding mature, neurotic and immature defense styles in baseline, week 6 and week 12 comparing clonazepam or clonazepam plus psychodynamic group therapy in generalized social anxiety disorder	97
---------	---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- APA – American Psychiatric Association
APA – Associação Psiquiátrica Americana
BDI – Beck Depression Inventory
BDI – Inventário de Beck de Depressão
BZD – Benzodiazepínico
BZD – Benzodiazepine
CBT – Cognitive-Behavioral Therapy
CGI – Escala de Impressão Clínica Global
CGI-I – Clinical Global Impression-Improvement
CGI-I – Escala de Impressão Clínica Global-Melhora
CGI-S – Escala de Impressão Clínica Global-Gravidade
CGI-S – Clinical Global Impression-Severity
CNZ – Clonazepam
DSM-III – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
(third edition, 1980)
DSM-III – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
(terceira edição, 1980)
DSM-III-R – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
(third edition, revised 1987)
DSM-III-R – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
(terceira edição, revisada 1987)
DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
(quarta edição, 1994)
DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
(fourth edition, 1994)
DSQ-40 – Questionário de Mecanismos de Defesa
DSQ-40 – Defense Style Questionnaire
FS – Fobia Social

- FSG – Fobia Social Generalizada
- GSAD – Generalized Social Anxiety Disorder
- G-CBT – Group Cognitive-Behavioral Therapy
- HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- IASP-G – Instrumento para Avaliação de Sessões Psicanalíticas em Grupo
- IMAO – Inibidor da Monoaminoxidase
- IASP – Instrumento para Avaliação de Sessões Psicanalíticas
- IRNS – Agentes Noradrenérgicos
- ISRS – Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina
- IEPPS – Instrument for Evaluation of Psychoanalytical Psychotherapy Sessions
- IEPPS-G – Instrument for Evaluation of Psychoanalytical Psychotherapy Sessions – Group Version
- LSAS – Escala de Fobia Social de Liebowitz
- LSAS – Liebowitz Social Anxiety Scale
- LSAS-CR – Liebowitz Social Anxiety Scale – Clinician Rated
- LSAS-SR – Liebowitz Social Anxiety Scale – Self Rated
- MDD – Major Depressive Disorder
- MINI – MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
- MINI – MINI International Neuropsychiatric Interview
- TEP – Transtorno de Personalidade Evitativa
- TPG – Terapia Psicodinâmica em Grupo
- PGT – Psychodynamic Group Therapy
- PROTAN – Programa de Transtornos de Ansiedade
- QV – Qualidade de Vida
- SAD – Social Anxiety Disorder
- SSRIs – Serotonin Selective Reuptake Inhibitors
- TAS – Transtorno de Ansiedade Social
- TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental
- TCC-G – Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo
- WHOQOL-Breve – Instrumento para Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, Versão Breve
- WHOQOL-Bref – World Health Organization Instrument to Assess Quality of Life-Bref Version

RESUMO

INTRODUÇÃO

A fobia social (FS), também conhecida como transtorno de ansiedade social (TAS), é um transtorno de ansiedade crônico que causa prejuízo na qualidade de vida. O seu subtipo generalizado (FSG) é prevalente e incapacitante, estando associado a um pior prognóstico.

Apesar da eficácia de ambos os tratamentos psicoterápico e farmacológico, como monoterapia, na redução dos sintomas da FSG, somente dois terços dos pacientes que recebem tratamento são considerados respondedores, e apenas metade desses atinge remissão dos sintomas. A maioria dos pacientes permanece sintomática após o tratamento inicial. Até o presente momento, poucos estudos têm-se preocupado em como aumentar a resposta ao tratamento na FSG.

OBJETIVOS

O objetivo principal do presente estudo foi comparar a eficácia da terapia psicodinâmica em grupo (PGT) mais clonazepam (CNZ) *versus* apenas CNZ como uma estratégia de potencialização no tratamento da FSG quanto a medidas de funcionamento global, sintomas de ansiedade social, qualidade de vida e estilos defensivos. Um dos objetivos específicos deste estudo foi elaborar um manual de tratamento, intitulado “Terapia psicodinâmica em grupo para fobia social generalizada”.

MÉTODOS

Cinquenta e oito pacientes adultos, com diagnóstico de FSG, de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV), participaram de um ensaio clínico randomizado de 12 semanas: 29 pacientes foram submeti-

dos ao tratamento combinado (PGT mais CNZ) e 28 receberam apenas CNZ. Os resultados foram avaliados sob duas perspectivas: (I) clínica; (II) psicodinâmica.

A avaliação clínica dos resultados incluiu a Escala de Impressão Clínica Global-Melhora (CGI-I), como medida de desfecho primária, e a Escala de Fobia Social de Liebowitz (LSAS), o Instrumento para Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, Versão Breve (WHOQOL-Bref), o Inventário de Depressão de Beck (BDI), bem como a proporção de respondedores (definida como CGI-I \leq 2, “muito melhor” ou “muitíssimo melhor”, com base apenas em sintomas de ansiedade social) e o percentual de pacientes em remissão total de acordo com duas definições diferentes: a) escore total da LSAS \leq 30; b) escore da CGI-I igual a 1, como medidas de desfecho secundárias.

A avaliação psicodinâmica dos resultados incluiu os três estilos defensivos – maduro, neurótico e imaturo – como medidas de desfecho primárias avaliados pelo Questionário de Mecanismos de Defesa (DSQ-40).

Todas as medidas de eficácia foram aplicadas em três períodos sucessivos entre março e novembro de 2005.

RESULTADOS

Dados de 57 pacientes (população *intent-to-treat*) mostraram que o grupo PGT mais CNZ apresentou uma melhora significativamente superior em relação ao grupo CNZ ($p=0,033$) na CGI-I. Não houve diferença significativa entre os dois grupos nas medidas de desfecho secundárias, embora, de acordo com a CGI-I igual a 1 ou 2 como critério de resposta, a diferença na taxa de resposta entre os dois grupos aproximou-se da significância estatística (79,3% *versus* 53,6%, respectivamente; $p=0,052$).

No que diz respeito a mudanças em estilos defensivos, em ambos os grupos estes se modificaram ao longo das 12 semanas. No entanto, apenas no estilo defensivo neurótico houve diferença significativa entre os grupos ao longo do tempo, com uma pequena redução no grupo de tratamento combinado, e um aumento no grupo CNZ ($p_{\text{interaction}}=0,045$; $\eta_p^2=0,064$). Os resultados das mudanças de estilos defensivos foram controlados em modelos multivariados, considerando-se sintomas de FSG e mudança sintomática ao longo do tempo, dois confundidores conhecidos nesse tipo de estudo.

CONCLUSÃO

Este foi o primeiro estudo a comparar PGT combinada com medicação *versus* apenas medicação no tratamento da FSG. Apesar de algumas limitações, nosso estudo sugere que o acréscimo de PGT pode ser uma estratégia de potencialização promissora no tratamento da FSG com clonazepam, mostrando alguns ganhos no funcionamento global e em mudanças em estilos defensivos neuróticos no sentido de maior adaptação, mesmo a curto prazo.

Estudos futuros deverão investigar o efeito de protocolos de tratamento mais longos, examinar a eficácia da combinação de PGT com diferentes medicamentos ou com terapia cognitivo-comportamental como estratégias de potencialização no tratamento da FSG.

SUMMARY

INTRODUCTION

Social phobia (SP), also known as social anxiety disorder (SAD) is a chronic psychiatric anxiety disorder that causes impairment in quality of life. Its generalized subtype (GSAD) is prevalent and disabling, being associated with a worse prognosis.

Despite the efficacy of both psychotherapy and pharmacological treatments as monotherapy in reducing symptoms of GSAD, only two thirds of patients who receive treatment are considered responders, and only half of those achieve remission of the symptoms. Most patients remain symptomatic after the initial treatment. To date, a few studies have focused on how to augment treatment response on GSAD.

OBJECTIVE

The main goal of the present study was to compare the efficacy of psychodynamic group therapy (PGT) plus clonazepam (CNZ) versus only CNZ as an augmentation strategy in the treatment of GSAD regarding measures of global functioning, social anxiety symptoms, quality of life and defense styles. One of the specific goals of this study was to elaborate a treatment manual, named “Psychodynamic group therapy for generalizes social anxiety disorder”.

METHODS

Fifty-eight adult outpatients with a diagnosis of GSAD, according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders criteria (DSM-IV), participated in a 12-week randomized clinical trial: 29 patients underwent a combined treatment (PGT plus CNZ) and 28 took only CNZ. Results were evaluated under two perspectives: (I) clinical; (II) psychodynamic.

The clinical evaluation of the results included the Clinical Global Impression-Improvement (CGI-I) Scale, as the primary efficacy measure and the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), the World Health Organization Instrument to Assess Quality of Life-Bref (WHOQOL-*Bref*) Version, the Beck Depression Inventory (BDI), as well as the proportion of responders (defined as CGI-I \leq 2, “much” or “very much improved”, based only on social anxiety symptoms) and the percentage of patients in full remission according to two different definitions: a) LSAS total score \leq 30; b) CGI-I score of 1 as secondary efficacy measures.

The psychodynamic evaluation of the results included the three defensive styles – mature, neurotic and immature – as primary efficacy measures evaluated by the Defensive Style Questionnaire (DSQ-40).

All the efficacy measures were assessed in three successive periods between March and November 2005.

RESULTS

CGI-I data of 57 patients (intent-to-treat population) showed that the PGT plus CNZ group presented significantly greater improvement than the CNZ group ($p=0.033$). There were no significant differences between the two groups in the secondary efficacy measures, although, according to a CGI-I of 1 or 2 as the criterion for response, the difference in the response rate between the two groups approached statistical significance (79.3% vs. 53.6%, respectively; $p=0.052$).

Regarding changes in defense styles, overall, both groups changed along the 12 weeks. Nevertheless, significant difference between groups was shown only in the neurotic defense style over time, with a slight reduction the combined group and an increase in the CNZ group ($p_{\text{interaction}}=0.045$; $\eta_p^2=0.064$). The results of changes in defense styles were controlled in multivariable models considering SAD symptoms and its change over time, two well-known confounders in this type of study.

CONCLUSION

This study was the first one to compare PGT combined with medication versus medication alone in the treatment of GSAD. Despite some limitations, our study suggests that the addition of PGT may be a promising augmentation strategy to CNZ showing some gains in the global functioning and changes toward greater adaptiveness in the neurotic defense style, even in the short-term.

Future studies should investigate the effect of longer treatment protocols, examine the efficacy of the combination of PGT with different medications or with cognitive-behavioral therapy as an augmentation strategy for the treatment of GSAD.

1

APRESENTAÇÃO

A fobia social (FS) é uma categoria diagnóstica relativamente recente e anteriormente negligenciada (LIEBOWITZ, 1985). A FS em seu subtipo generalizado (FSG) é o terceiro transtorno psiquiátrico mais comum com uma prevalência em torno de 5%, apresenta curso crônico, altas taxas de comorbidade, é bastante incapacitante e está mais associada a um pior prognóstico (LECRUBIER, 1998; LIEBOWITZ et al., 2005).

O número de estudos tem aumentado substancialmente no sentido de examinar a eficácia de tratamentos farmacológicos e psicoterápicos para uma condição tão comprometida e incapacitante, com maior ênfase na terapia cognitivo-comportamental (TCC) (ZAIDER; HEIMBERG, 2003). Evidências sugerem que essa intervenção, individual ou em grupo, é eficaz para reduzir a ansiedade e a evitação sociais. No entanto, embora existam tratamentos eficazes para a FSG, apenas uma parcela considerável de pacientes melhora com os tratamentos atualmente disponíveis e nem todos os pacientes completam o seu tratamento ou apresentam uma resposta adequada (POLLACK, 2001).

Apesar dos avanços recentes na pesquisa dos aspectos neurobiológicos e cognitivo-comportamentais, ainda não se consegue explicar completamente a fisiopatologia, a etiologia e a adequação dos tratamentos aos fatores que podem influenciar a cronicidade da FSG.

Freud (1909), na análise de um menino de cinco anos com fobia, o Pequeno Hans, propôs que tais quadros clínicos se estabeleciam através do desenvolvimento de conflitos edípicos inconscientes e sua projeção para algum objeto ou alguma situação externa que passaram a ser temidos. Desde então, sucessivos relatos clínicos têm evidenciado a eficácia da psicanálise e da psicoterapia psicanalítica em quadros fóbicos. Entretanto, nenhum estudo sistemático foi utilizado para testar a validade dessa técnica na FSG (ROTH; FONAGY, 2005).

A partir dessas constatações, os autores realizaram um primeiro estudo com o objetivo de avaliar a eficácia de uma abordagem psicodinâmica em grupo (PGT) em

um transtorno reconhecido pelo DSM-IV, a FSG (KNIJNIK et al., 2004). Trinta pacientes foram incluídos em um ensaio clínico randomizado comparando a PGT com um grupo placebo de credibilidade controlada através de medidas relacionadas ao funcionamento global e sintomas de ansiedade social ao longo de 12 semanas. Os resultados foram favoráveis à PGT no que se refere à melhora nos sintomas de ansiedade social e, apesar de se tratar de uma amostra relativamente pequena, demonstraram ser bastante animadores.

Para dar seguimento a essa linha de pesquisa e ampliar o conhecimento nessa área, em um segundo ensaio clínico randomizado, os autores (KNIJNIK et al., *In press*) compararam a eficácia da combinação de PGT com clonazepam *versus* apenas clonazepam em 58 pacientes com FSG através de medidas relacionadas ao funcionamento global, sintomas de ansiedade social e qualidade de vida. Os resultados foram favoráveis ao tratamento combinado (PGT mais CNZ) apenas na medida de funcionamento global (Artigo 1). Embora preliminares, os dois estudos sugerem que a PGT é uma modalidade psicoterápica que pode ser útil tanto como monoterapia quanto como uma estratégia de aumento de resposta em portadores de FSG.

A PGT é a única abordagem psicodinâmica em grupo “manualizada” para o tratamento da FSG descrita na literatura. Dessa forma, optamos por formular um manual de tratamento, intitulado “Terapia psicodinâmica em grupo para fobia social generalizada”, a partir dos dois estudos realizados e de seus exemplos clínicos (Artigo 2). O manual de tratamento aborda alguns princípios da teoria psicodinâmica da FSG, apresentados em forma de tópicos (o inconsciente, determinismo psíquico, transferência, formação de compromisso, mecanismos de defesa e estilos defensivos) e apresenta uma formulação psicodinâmica da FSG. O objetivo desse artigo é possibilitar que terapeutas de orientação psicodinâmica possam usar este manual em sua prática clínica ou em atividades de pesquisa.

Uma outra questão importante, que deu origem ao Artigo 3 desta tese, foi verificar se o tratamento medicamentoso combinado com PGT (uma abordagem psicodinâmica breve, que visa a formular o foco de cada paciente a ser tratado no *setting* de grupo, bem como estabelecer a relação entre sintomas e conflitos), é capaz de promover alguma mudança em estilos defensivos em portadores de FSG. O principal resultado deste artigo mostrou mudança no estilo defensivo neurótico, no sentido de maior adaptação, no grupo de tratamento combinado, mesmo no curto prazo.

Dentre os aspectos que merecem consideração quando pensamos em utilizar uma metodologia adequada no desenho de estudos em psicoterapia, está a correta definição do modelo aplicado e a elaboração de meios que permitam aferir se o tratamento que está sendo realizado corresponde ao modelo proposto. Com o objetivo de desenvolver uma ferramenta que permitisse averiguar a adesão à técnica psicanalítica, por meio da avaliação de sessões de tratamento de grupo gravadas ou transcritas, adaptamos o instrumento de avaliação de sessões psicanalíticas individuais, desenvolvido por Hauck et al.

(*In press*) para uso em grupo. O Instrumento para Avaliação de Sessões Psicanalíticas em Grupo (IASP-G) é apresentado nesta tese como Carta ao Editor (Artigo 4).

Esses estudos inserem-se na tendência atual de desenvolver pesquisas sistemáticas sobre a efetividade e a aplicabilidade do método psicanalítico e das psicoterapias de orientação analítica, através de manuais de tratamento, para os diferentes quadros psiquiátricos que continuam desafiando as distintas abordagens terapêuticas (EIZIRIK, 2006).

REFERÊNCIAS

EIZIRIK, C.L. Psychoanalysis as a work in progress. *International Journal of Psychoanalysis*, v. 87, p. 645-650, 2006.

FREUD, S. Análise de uma fobia de um menino de cinco anos (1909). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972, v. 10.

HAUCK S. et al. Research in psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy: A new tool for the evaluation of adherence to the technique in studies of effectiveness. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2008 (*In press*).

KNIJNIK, D.Z. et al. Psychodynamic group treatment for generalized social phobia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26 (suppl. 2), p. 77-81, 2004.

KNIJNIK, D.Z. et al. A pilot study of clonazepam versus psychodynamic group therapy plus clonazepam in the treatment of generalized social anxiety disorder. *European Psychiatry*, 2008 (*In press*).

LECRUBIER, Y. Comorbidity in social anxiety disorder: impact on disease burden and management. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 59, p. 33-37, 1998.

LIEBOWITZ, M.R. et al. Social phobia a review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, v. 42, p. 729-736, 1985.

LIEBOWITZ, M.R. et al. A randomized controlled trial of venlafaxine extended release in generalized social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 66, p. 238-47, 2005.

POLLACK, M.H. Comorbidity, neurobiology, and pharmacotherapy of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 62 (suppl. 12), p. 24-29, 2001.

ROTH, A.; FONAGY, P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. 2.ed. New York: Guilford, 2005.

ZAIDER, T.I.; HEIMBERG, R.G. Non-pharmacologic treatments for social anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinava*, v. 417, p. 72-84, 2003.

2

INTRODUÇÃO

O termo fobia deriva do grego *phobos*, que significa medo, terror ou pânico. Denomina-se psiconeurose fóbica quando o sintoma se estabiliza, se reitera e abarca progressivamente outros temores, estruturando um estado emocional característico de alerta tenso, em uma exploração permanente de situações imaginadas pela pessoa como potencialmente perigosas (FERRARI, 2005).

O termo fobia social (FS), também conhecido como transtorno de ansiedade social, foi cunhado no início do século XX para descrever ansiedades de indivíduos relacionadas à *performance*, isto é, ao desempenho (JANET, 1903). A FS é uma entidade nosológica que tradicionalmente recebeu pouca atenção (LIEBOWITZ et al., 1985), tendo sido reconhecida oficialmente como um transtorno psiquiátrico somente após a publicação do DSM-III (APA, 1980).

2.1 DEFINIÇÃO

A FS é um transtorno de ansiedade com sintomas fisiológicos e subjetivos proeminentes. A sua característica essencial é um medo acentuado e persistente de situações sociais de interação ou de desempenho nas quais o indivíduo pode sentir embaraço. A exposição à situação social provoca, quase invariavelmente, uma resposta imediata de ansiedade. Adolescentes e adultos reconhecem que seu medo é excessivo ou irracional. Mais comumente, a situação social é evitada, embora, às vezes, seja suportada com pavor.

Nas situações sociais temidas, os indivíduos com FS experimentam preocupações acerca de embaraço e temem ser considerados ansiosos, débeis, “malucos” ou estúpidos. Podem ter medo de falar em público em virtude da preocupação de que os outros percebam o tremor de sua voz, podem experimentar extrema ansiedade ao conversar com outras pessoas devido ao medo de parecer que não sabem se expressar, ou podem ainda

esquivar-se de comer, beber ou escrever em público devido ao medo de que os outros percebam suas mãos trêmulas.

Os indivíduos com FS quase sempre experimentam sintomas de ansiedade comuns a outros transtornos de ansiedade nas situações sociais temidas, como, por exemplo, palpitações, tremores, sudorese, desconforto gastrointestinal, diarreia, tensão muscular e confusão. No entanto, rubor facial é típico de FS (BALLENGER et al., 1998). Em casos graves, tais sintomas podem satisfazer os critérios para um ataque de pânico. Em geral, esses indivíduos evitam as situações temidas e, com menor frequência, forçam-se a suportar a situação social, embora o façam com intensa ansiedade. A ansiedade antecipatória acentuada também pode ocorrer bem antes do advento das situações sociais, como preocupação todos os dias, por várias semanas, antes de comparecer a um evento social.

Pode haver um círculo vicioso de ansiedade antecipatória, levando à cognição temerosa e sintomas de ansiedade nas situações temidas, que levam a um fraco desempenho real ou percebido nessas situações, conduzindo, por sua vez, ao embaraço e a uma maior ansiedade antecipatória acerca das situações temidas e assim por diante. O medo ou a esquiva diante de situações sociais interfere significativamente na qualidade da rotina normal, no funcionamento ocupacional ou acadêmico, em atividades e relacionamentos sociais, trazendo sofrimento importante para o indivíduo (APA, 1994).

Existem dois subtipos de FS (APA, 1987; KESSLER; STEIN; BERGLUND, 1998):

- Não-generalizado (circunscrito ou específico): é caracterizado por um padrão mais restrito de ansiedade, freqüentemente associado a uma única situação social de desempenho, como falar em público. Por vezes, pode ser notado em situações de desempenho que previamente eram realizadas sem dificuldades. Está mais associado a experiências traumáticas.
- Generalizado (FSG): é caracterizado por ansiedade relacionada à maioria das situações sociais, tanto de interação (por exemplo, iniciar ou manter conversas, participar de pequenos grupos, encontrar-se com pessoas do sexo oposto, falar com figuras de autoridade e comparecer a festas) quanto de desempenho. É mais incapacitante, representa de 80 a 90% dos casos de FS e está mais associado a timidez na infância, história familiar, curso crônico, alto índice de comorbidade com outros transtornos de eixo I e II e pior prognóstico. No presente trabalho, estaremos referindo-nos a esse subtipo de FS.

2.2 EPIDEMIOLOGIA

Em um estudo de morbidade psiquiátrica de adultos realizado em Porto Alegre, São Paulo e Brasília, Almeida Filho et al. (1992) encontraram os transtornos ansiosos em primeiro lugar entre os mais prevalentes diagnósticos psiquiátricos, constituindo o principal problema de saúde mental nas regiões urbanas brasileiras. Dentre os transtornos ansiosos, os mais freqüentes são os transtornos fóbicos.

Estudos epidemiológicos e comunitários relataram uma prevalência ao longo da vida, variando de 3 a 13% para a FS e de 5% para a FSG (KESSLER; MCGONAGLE; ZAHO, 1994). A FSG é o terceiro transtorno psiquiátrico mais comum, depois da fobia simples e da dependência de álcool (KESSLER; STEIN; BERGLUND, 1998).

Na população geral, a maioria dos indivíduos com FS teme falar em público, enquanto um pouco menos da metade teme falar com estranhos ou conhecer novas pessoas. Outros medos relacionados ao desempenho (por exemplo: comer, beber, escrever em público ou usar um banheiro público), parecem ser menos comuns. Em contextos clínicos, a grande maioria das pessoas com FS teme mais de um tipo de situação social. A FS raramente é motivo de hospitalização.

Em clínicas ambulatoriais, os índices de FS variam de 10 a 20% dos indivíduos com transtornos de ansiedade, com ampla variação de acordo com o local (SCHNEIER et al., 1992; KESSLER; MCGONAGLE; ZAHO, 1994). Estudos epidemiológicos apontam para uma maior prevalência de FS entre mulheres, indivíduos solteiros e com renda e nível educacionais mais baixos quando comparados a indivíduos sem esse transtorno. No entanto, em amostras clínicas, a FS é igualmente distribuída entre homens e mulheres.

De modo geral, a FSG e as fobias simples têm início mais precoce do que os outros transtornos de ansiedade e apresentam-se tipicamente em uma fase intermediária da adolescência, às vezes emergindo a partir de uma história de inibição social ou timidez na infância. A idade média de início da FSG é em torno dos 20 anos, mas alguns indivíduos relatam-no em uma fase precoce da infância, e após os 25 anos de idade isso é relativamente incomum (SCHNEIER et al., 1992; SCHNEIER, 2006). O início tanto pode seguir-se abruptamente a uma experiência estressante ou humilhante quanto pode ser insidioso. O curso freqüentemente é crônico e a duração é vitalícia, embora o transtorno possa ter sua gravidade atenuada ou remitir durante a idade adulta.

2.3 ETIOLOGIA

A FS é resultado de interações complexas entre fatores de vulnerabilidade genéticos (taxa de herdabilidade estimada em 30%), biológicos, cognitivos, comportamentais e psicodinâmicos que interagem com o ambiente familiar, o temperamento e as experiências pessoais. Diversos modelos psicológicos e desenvolvimentais têm sido propostos na etiologia da FS (modelos baseados em condicionamento, etiologia, personalidade,

inibição comportamental e teorias cognitivas). As pesquisas contemporâneas de condicionamento incluem uma multiplicidade de variáveis temperamentais e experiências que ocorrem antes, durante e depois de uma experiência de condicionamento e que afetam a quantidade de medo experienciado e mantido no futuro (FALCONE, 2000).

É importante salientar que, como em geral há um atraso superior a 10 anos entre o início dos sintomas e a procura de auxílio, muitos eventos traumáticos podem ser esquecidos nesse intervalo.

Determinados estudos sugerem que pacientes com FS apresentam certa vulnerabilidade psicológica que precede o início dos sintomas. Um fator relevante que tem sido apontado em alguns estudos é a verificação de como as pessoas habitualmente respondem aos estressores, ou seja, os tipos de comportamento que adotam e que podem minimizar ou maximizar o fator estressor (ANDREWS; POLLOCK; STEWART, 1989).

Embora esses pacientes possam ter uma predisposição genética para sentir que os outros estão rejeitando-os ou humilhando-os, algumas experiências positivas podem mitigar tais efeitos até certo ponto. É como se um padrão geneticamente programado estivesse presente ao nascer. À medida que os cuidadores se comportarem de acordo com esse padrão, o indivíduo terá cada vez mais medo dos outros e desenvolverá FS. Gabbard (1992) propõe que as atitudes dos pais interagem com predisposições biológicas no sentido de aumentar ou diminuir as chances de desenvolver tal quadro.

2.4 COMORBIDADES

Devido à natureza do transtorno, o qual se caracteriza por medo de situações sociais, os indivíduos com FSG geralmente são lentos na busca por tratamento e inclusive não o fazem, a não ser que surjam outras condições como depressão, transtorno do pânico ou alcoolismo. Logo, a presença de comorbidade é regra e não exceção na FSG, contribuindo para a gravidade e cronicidade dos sintomas. Nesse sentido, é fundamental que a presença de outros transtornos seja considerada na ocasião do diagnóstico (LADER et al., 2004).

A FSG pode ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos comórbidos, principalmente depressão maior (LIEBOWITZ et al., 2005). Por outro lado, a maioria dos indivíduos que sofre de FSG apresenta uma ou mais condições comórbidas. No eixo I, os transtornos mais comuns são depressão maior, transtorno do pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, uso de substâncias e transtornos alimentares (SCHNEIER et al., 1992). A presença de mais de um diagnóstico de transtorno de ansiedade na infância pode ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento de depressão em pacientes adultos com FS (MANFRO et al., 2003).

De acordo com Fonagy, Roth e Higgitt (2005), a depressão comórbida tem impacto negativo sobre a efetividade do tratamento. No eixo II (transtornos de personalidade),

alguns estudos relatam que as taxas de transtornos de personalidade evitativa (TPE) em pacientes com FSG, podem situar-se entre 22 a 89%. Embora investigações futuras sobre marcadores qualitativos sejam necessárias, os dados atuais sugerem que ambos os transtornos estão quantitativamente relacionados, sendo que o TPE é visto como uma variável de gravidade da FSG (SCHNEIER et al., 1992).

2.5 QUALIDADE DE VIDA E PREJUÍZO FUNCIONAL NA FOBIA SOCIAL

Para a maioria dos pacientes com FSG, o motivo primário de procura de serviços de atendimento também podem ser as conseqüências do transtorno, as quais incluem impacto considerável no funcionamento psicossocial, na qualidade de vida e no comprometimento econômico. Infelizmente, a FSG inicia em uma fase da vida na qual o desenvolvimento de habilidades sociais é importante, sendo comum que esteja associada a um comprometimento na vida social e familiar e no desempenho escolar, resultando em maiores taxas de desemprego e dependência financeira (LIEBOWITZ et al., 2005).

Quando comparados a indivíduos tidos como normais da comunidade, os portadores de FSG referem diminuição da qualidade de vida. Os prejuízos podem ser constatados através de um risco aumentado de abandono escolar precoce (*Odds Ratio* 1,72), falta de habilidades sociais (*Odds Ratio* 4,15), insatisfação marcante com os amigos (*Odds Ratio* 5,19), com as atividades de lazer (*Odds Ratio* 2,37) e com o salário (*Odds Ratio* 1,87) (STEIN; KEAN, 2000). Estudos de seguimento a longo prazo têm demonstrado que a FSG está associada a maiores taxas de desemprego (*Odds Ratio* 2,8), a uma menor freqüência em universidades e treinamento profissional (*Odds Ratio* 4,2) e a um aumento da probabilidade de ser solteiro ou divorciado (*Odds Ratio* 2,8).

Apesar de todas essas adversidades, somente uma percentagem pequena de pacientes com FS busca tratamento (WITTCHEN; STEIN; KESSLER, 1999; WITTCHEN et al., 2000). Outros estudos também confirmam esses achados, enfatizando o prejuízo elevado em vários papéis sociais, mesmo com FS sem depressão secundária e grande impacto no funcionamento diário e no aproveitamento da vida (GRANT et al., 2005; SCHNEIER, 2006).

Um estudo norte-americano avaliou o impacto da diminuição da qualidade de vida e das habilidades sociais em portadores de FS quando comparados a indivíduos normais. Verificou-se que tal quadro representa um alto custo ao sistema de saúde e à economia (aproximadamente US\$2400 por pessoa portadora de FS contra aproximadamente US\$1900 por pessoa não-portadora) (GRANT et al., 2005). No entanto, com o diagnóstico precoce e a adoção de abordagens de tratamento adequadas, a qualidade de vida melhora e a morbidade psicossocial pode ser minimizada (LIEBOWITZ, 1999; LIEBOWITZ et al., 2005).

2.6 FATORES PSICODINÂMICOS NA FOBIA SOCIAL

Embora a teoria psicanalítica exponha amplamente a etiologia dos transtornos mentais, os fatores psicodinâmicos têm sido pouco utilizados no diagnóstico dos mesmos, provavelmente porque o sistema classificatório atual do DSM-IV descreve os quadros mentais levando em conta apenas os seus sintomas e também porque apenas recentemente começaram a ser testados e padronizados instrumentos mais adequados para classificá-los (APA, 1994).

Entretanto, diversos estudos demonstram que o conhecimento dos fatores psicodinâmicos é crucial na avaliação e no tratamento dos transtornos psiquiátricos, tanto em adultos quanto em crianças, a partir dos trabalhos seminais de Freud (KARASU; SKODOL, 1980; PERRY; COOPER; MICHELS, 1987; SHAPIRO, 1989). Investigações epidemiológicas também têm evidenciado a importância dos fatores de personalidade, dos eventos de vida estressores, da perda de controle e do suporte social na gênese de sintomas neuróticos (ANDREWS; POLLOCK; STEWART, 1989).

O conhecimento psicanalítico desenvolveu-se, em grande parte, a partir do estudo das vicissitudes da ansiedade, ao se constatar que conflitos internos e inconscientes relacionavam-se estreitamente com a sua manifestação. Todos os modelos psicanalíticos de ansiedade a vêem como uma revivescência de situações arcaicas que, por motivos variados, são reatualizadas em algum momento ou fase da vida.

A situação atual teria relação com o desamparo inicial do recém-nascido, e esse desamparo se repetiria diante de outras ameaças (CASSORLA, 2005). Ainda que nenhuma teoria sobre ansiedade negue a importância de fatores genético-constitucionais, todas elas enfatizam basicamente a capacidade do binômio mãe-meio ambiente de proporcionar ao recém-nascido condições para lidar com o desamparo com que vem ao mundo. Será com o auxílio dessa outra pessoa que o bebê desenvolverá sua mente, seu *self*.

Tal desenvolvimento inicia-se com a contenção e a transformação desses afetos desesperantes. Falhas nesse estágio do desenvolvimento podem ser causa dos diversos tipos de sofrimento mental patológico. A dificuldade ou incapacidade materna de metabolizar e devolver ao bebê sua ansiedade de uma outra forma tolerável produz estados mentais de intenso sofrimento, descrito por Bion (1962) como terror sem nome, que reaparecerão no futuro sob as formas clínicas de ansiedade.

2.6.1 Ansiedade

Há pouco mais de um século, Freud cunhou o termo *neurose de ansiedade* e identificou duas teorias sobre tal estado (FREUD, 1926; 1959). A primeira, denominada teoria traumática, refere-se a uma sensação difusa de preocupação, ou de medo com origem em um desejo, ou de pensamento reprimido, passível de cura com uma intervenção psicoterápica (“a repressão leva à ansiedade”). A segunda, denominada teoria da

ansiedade sinal, refere-se a uma sensação de pânico enorme, acompanhada de manifestações de descarga autonômica, incluindo sudorese profusa, aumento de frequência cardíaca e respiratória, diarréia e sensação subjetiva de terror.

Desse modo, a ansiedade foi entendida como um sinal da presença de perigo no inconsciente. Em resposta a esse sinal, o ego mobiliza mecanismos de defesa para evitar que pensamentos e sentimentos inaceitáveis tornem-se conscientes. Nesse momento, a repressão é o mecanismo de defesa básico. Caso a ansiedade sinal não consiga acionar os recursos defensivos do ego adequadamente, surge uma ansiedade intensa e mais persistente (traumática) ou outros sintomas neuróticos.

Diante disso, o ego tentará defender-se de outras formas, como, por exemplo, constituindo compromissos entre impulsos e defesas (punição por desejos subjacentes) que se manifestarão como sintomas (fóbicos, histéricos, obsessivo-compulsivos). Raras vezes a ansiedade permanece totalmente controlada. No caso da FS, quando as defesas falham na impossibilidade de evitar o objeto fóbico, a ansiedade liberada ameaça engolfar o *self* (GABBARD, 1992; CASSORLA, 2005).

Os sintomas e comportamentos são manifestações externas de processos inconscientes que defendem contra desejos, sentimentos, fantasias reprimidas e impulsos. Na FS, os impulsos são sobretudo sexuais ou agressivos, críticos, exibicionistas e competitivos, o que significa que os conflitos subjacentes permanecem vivos e ativos, mas podem aparecer de formas diversas e disfarçadas, que freqüentemente não são reconhecidas (SHAPIRO, 1992). Não estar presente em situações sociais contribui para a evitação da experiência consciente desses desejos. De maneira similar, a ansiedade e a evitação punem o indivíduo por sentimentos de raiva e fantasias (LEAHY et al., 2005).

2.6.2 Mecanismos de defesa e estilos defensivos

Freud (1914), em “A história do movimento psicanalítico”, declara que a teoria da defesa (repressão) é a pedra angular sobre a qual se apóia toda a estrutura da psicanálise. As defesas – que depois se ampliaram em número – ficaram mais conhecidas como mecanismos de defesa. Freud (1926) e posteriormente Anna Freud (1937) sugeriram a possibilidade de uma conexão específica entre uma defesa em especial e o sintoma (MABILDE, 2005).

Um mecanismo de defesa é definido como um mecanismo psicológico mediador entre desejos, necessidades e impulsos individuais de um lado e proibições e realidade externa de outro (PERRY; COOPER, 1989). De acordo com o DSM-IV (APA, 1994), a defesa é um processo psicológico automático que protege o indivíduo contra ansiedade, perigos internos e externos ou estressores.

Na FS, um desejo instintivo reprimido ou impulso poderá ainda encontrar expressão como sintoma, embora provavelmente seja deslocado e disfarçado até chegar a manifestações sintomáticas. A neurose resultante poderá assumir a forma de fobia. Os

mecanismos de defesa de repressão, identificação, deslocamento, projeção e evitação são mais comumente usados na FS (NEMIAH; 1981; ANDREWS; POLLOCK; STEWART, 1989; BLAYA et al., 2004; FERRARI, 2005).

Desde que Freud descreveu pela primeira vez a defesa “projeção”, em 1894, profissionais de orientação psicodinâmica têm demonstrado interesse pela compreensão do papel dos mecanismos de defesas na adaptação dos indivíduos e na produção da psicopatologia. Nos últimos anos, um número crescente de estudos empíricos vem sendo realizado nessa área. Uma conseqüência notória dessas pesquisas é a inclusão de um glossário de defesas na última versão do DSM-IV (APA, 1994), que define 27 defesas, alocadas em um *continuum*, constituindo 7 níveis defensivos. Desse modo, é possível examinar também as defesas através de observação cautelosa sistemática com interesse em confiabilidade e validação.

Bond et al. (1983; 1986) desenvolveram um instrumento auto-aplicável, intitulado *Defensive Style Questionnaire* (DSQ), para avaliar os derivativos conscientes dos mecanismos de defesa, com a intenção de evidenciar manifestações de um estilo característico do sujeito de lidar com o conflito, consciente ou inconscientemente, baseado na suposição de que as pessoas podem comentar com precisão sobre seu comportamento “à distância”.

Embora seja impossível concluir algo sobre os mecanismos de defesa isoladamente através do DSQ, é possível haver uma aproximação das medidas de grupos de mecanismos de defesas, o que se chamou de estilos defensivos. Eles estão relacionados a itens como maturidade, saúde e adaptabilidade à vida, podendo ser agrupados em um *continuum* desenvolvimental em três estilos defensivos básicos de acordo com o nível de maturidade e com a teoria psicodinâmica - maduro, neurótico e imaturo -, os quais se apresentam de forma hierárquica (VAILLANT, 1971; 1976; VAILLANT; BOND; VAILLANT, 1986).

Pacientes psiquiátricos e com sintomas mais graves apresentam padrões de defesa mais mal-adaptativos do que aqueles observados em indivíduos normais (BONSACK; DESPLAND; SPAGNOLI, 1998; KIPPER et al., 2004). As defesas neuróticas parecem estar associadas a transtornos de ansiedade, enquanto as defesas imaturas parecem estar relacionadas tanto a transtornos de ansiedade quanto a transtornos de humor (HOGLEND; PERRY, 1998; KIPPER et al., 2004).

Indivíduos com diferentes transtornos agudos de ansiedade fazem uso de padrões característicos de defesas que diferem dos indivíduos normais. Em geral, usam mais defesas neuróticas (formação reativa) e defesas imaturas (desvalorização, deslocamento, projeção e somatização) e menos defesas maduras (supressão e sublimação) do que os controles (POLLOCK; ANDREWS, 1989; ANDREWS; SINGH; BOND, 1993; SPINHOVEN; KOOIMAN, 1997). Indivíduos com FS e transtorno do pânico fazem maior uso de defesas imaturas e neuróticas do que os indivíduos normais (HELDT et al., 2003; BLAYA et al., 2004; KIPPER et al., 2004; 2005).

Apesar da crença de que o reajustamento nas defesas acontece a longo prazo ou com terapias psicodinâmicas (BOND; PERRY, 2004), há evidências crescentes sobre resposta com tratamentos breves não-psicodinâmicos em diferentes transtornos psiquiátricos (ALBUCHER; ABELSON; NESSE, 1998; KIPPER et al., 2005; HELDT et al., 2007). Em todos esses estudos, a melhora em estilos defensivos esteve associada à melhora dos sintomas.

Padrões específicos de defesas podem ser considerados fatores preditivos de curso e prognóstico de transtornos psiquiátricos (HELDT et al., 2003). Pacientes com transtorno de ansiedade que usam mecanismos de defesa mais adaptativos respondem a intervenções mínimas (HUNT, 1992; ANDREWS; SINGH; BOND, 1993).

2.6.3 **Formulação psicodinâmica da fobia social**

Gabbard (1992) propõe três modelos para o entendimento dos sintomas da FS: experiências vergonhosas provenientes de um desejo inconsciente de ser o centro das atenções, culpa devida ao sentimento de querer eliminar os seus competidores concomitante com dúvida a esse respeito e, por fim, ansiedade de separação referente a tentativas de adquirir autonomia, levando a perdas prolongadas do amor dos cuidadores.

A experiência clínica sugere que certas relações peculiares com objetos internos são características de indivíduos com FS. Especificamente, esses pacientes têm figuras internalizadas de pais, cuidadores ou irmãos que os envergonham, criticam, ridicularizam, humilham, abandonam e constroem (GABBARD, 1992; ZERBE, 1994). Esses objetos introjetados são estabelecidos cedo na vida e repetidamente reprojatados em pessoas próximas, que logo são evitadas por medo de serem críticas e rejeitadoras (GABBARD, 1992).

Em pacientes com FS, a raiva é ameaçadora devido ao medo de rejeição por figuras de apego importantes. Depois, a raiva e o desdém são tipicamente negados e projetados sobre outros indivíduos a fim de evitar reconhecer esses sentimentos (GABBARD, 1992; ZERBE, 1994). Todavia, com essa projeção, o paciente os vê como potencialmente críticos e rejeitadores, o que desencadeia FS, bem como sentem culpa por sua raiva e seus desejos agressivos, os quais são negados. A ansiedade social pode servir como punição por essa culpa (LEAHY et al., 2005).

A experiência clínica também evidencia que a situação temida na FS consiste numa projeção para dentro dos outros daquilo que o paciente sente, em especial aspectos críticos, de desmoralização e de desprezo pelos demais, que então se voltam contra si e tornam tal situação uma experiência temida e insuportável (EIZIRIK, 2006).

Além dos conflitos com a experiência de raiva, os pacientes socialmente ansiosos lutam contra intensos sentimentos de inadequação. Além da baixa auto-estima, podem desenvolver uma grandiosidade compensatória, com fantasias de que os outros são muito responsivos ou adoram a forma pela qual são especiais (KAPLAN, 1972). Isso

está tipicamente associado a um desejo de exibicionismo sexual (FENICHEL, 1945), que deve ser negado. Essa grandiosidade soma-se às decepções recorrentes vividas por esses pacientes em situações sociais, as quais podem intensificar a dor e a raiva que sentem em resposta à rejeição (LEAHY et al., 2005).

Quando esses pensamentos agressivos ou sexuais proibidos, que podem levar a punição retaliatória, ameaçam emergir do inconsciente, é ativada a ansiedade sinal, que leva ao desdobramento de três mecanismos de defesa: deslocamento, projeção e evitação (NEMIAH, 1981). Essas defesas eliminam a ansiedade, já que mais uma vez reprimem o desejo proibido, mas a ansiedade é controlada ao custo de criar uma neurose fóbica.

2.7 TRATAMENTO

Dentre os transtornos de ansiedade, a FSG é o mais crônico (GRANT et al., 2005). Em geral, está presente por várias décadas e tem início precoce. Esse padrão sugere que uma melhora espontânea seja rara e, quando ocorre, é gradual e verificada em apenas metade dos portadores. A melhora dos sintomas pode acontecer no início do tratamento, mas normalmente é contínua e lenta (SCHNEIER, 2006).

No entanto, apesar da alta prevalência e da morbidade significativa, a FSG segue sendo um transtorno subdiagnosticado. Apenas 5% de seus portadores são devidamente tratados, e mesmo estes são bastante resistentes ao tratamento (KESSLER; STEIN; BERGLUND, 1998).

Na FSG, a resposta ao tratamento é definida como uma melhora clínica significativa e estável, em que o paciente não mais apresenta todos os sintomas iniciais, mas continua com mais de um mínimo de sintomas. A remissão ocorre quando o paciente apresenta resolução quase completa dos sintomas de FS por um mínimo de três meses (BALLENGER et al., 1998).

Nas duas últimas décadas, o entendimento acerca da natureza e do tratamento da FSG tem evoluído muito. O crescente reconhecimento dessa condição tem sido acompanhado por opções de tratamento devidamente investigadas, tanto farmacológicas quanto psicoterápicas (RODEBAUGH; HOLAWAY; HEIMBERG, 2004; SCHNEIER, 2006), apresentando benefícios similares a curto prazo, de acordo com ensaios controlados e metanálises (HEIMBERG et al., 1990; GOULD et al., 1997; ZAIDER; HEIMBERG, 2003).

Apesar da eficácia de ambas modalidades terapêuticas, apenas dois terços dos pacientes que recebem esses tratamentos são considerados respondedores, metade deles são considerados em remissão e a maioria permanece sintomática após o tratamento inicial ou apresenta recorrência dos sintomas a longo prazo (HEIMBERG et al., 1998; OTTO et al., 2000; LIPSITZ; MARSHALL, 2001; DAVIDSON et al., 2004; LIEBOWITZ et al., 2005).

Sabe-se que em casos de FSG mais graves e com transtornos de personalidade associados, manifestados por estruturas de ego fracas, identidade não-clara e baixa auto-estima, tanto a terapia cognitivo-comportamental (TCC) quanto o tratamento farmacológico podem ser ineficazes (ALNAES, 2001). Nessas situações, uma terapia psicodinâmica de curto prazo pode permitir que os pacientes exponham-se às situações geradoras de ansiedade com menos sintomas (KNIJNIK et al., 2004).

2.7.1 Tratamento psicoterápico

A maior parte dos ensaios clínicos em psicoterapia para a FS utiliza abordagens cognitivo-comportamentais, individuais ou em grupo (HEIMBERG et al., 1998; FEDEROFF; TAYLOR, 2001; DAVIDSON et al., 2004; PICON; KNIJNIK, 2004; ROWA; ANTONY, 2005) e terapia interpessoal (TIP) (LIPSITZ; MARSHALL, 2001; LIPSITZ et al., 2008) como intervenção. Poucos estudos empíricos têm sido conduzidos com outras modalidades de terapia (ALNAES, 2001; FEDEROFF; TAYLOR, 2001; LIPSITZ; MARSHALL, 2001; RABUNG; LEIBING, 2004; FONAGY, 2005; FONAGY; ROTH; HIGGITT, 2005; LEICHSENDRING; LEICHSENDRING, 2005).

Nos últimos anos, houve vários avanços nos tratamentos psicológicos da FSG. Mais recentemente, os pesquisadores começaram a tentar utilizar tratamentos combinados para esse transtorno, bem como estratégias de tratamento inovadoras (DAVIDSON et al., 2004; ROWA; ANTONY, 2005), já que as taxas de resposta estão longe de ser satisfatórias (LIPSITZ; MARSHALL, 2001; ZAIDER; HEIMBERG, 2003).

Outras modalidades de terapia, além da TCC, são necessárias para a FSG: os tratamentos estabelecidos não beneficiam todos os pacientes e, para muitos deles, fornecem somente diminuição parcial dos sintomas e recorrência dos mesmos a longo prazo (LIPSITZ; MARSHALL, 2001). Esse campo promissor precisa ser cuidadosa e sistematicamente investigado e, talvez, uma forma mais apropriada de fazê-lo seja por meio do uso de métodos qualitativos, ao lado da metodologia quantitativa amplamente utilizada na literatura.

A eficácia dos tratamentos psicológicos para FSG foi abordada em algumas revisões (CHAMBLESS et al., 1998; DERUBEIS; CRITS-CHRISTOPH, 1998; CHAMBLESS; OTTENDICK, 2001; ROTH; FONAGY, 2006). Até o presente momento, poucos trabalhos empíricos têm sido realizados utilizando abordagens psicoterápicas que não sejam cognitivo-comportamentais para o tratamento de FSG, tais como psicoterapia psicodinâmica (LIPSITZ; MARSHALL, 2001; ALNAES, 2001; LEICHSENDRING, 2004; 2005; KNIJNIK et al., 2004; LEAHY et al., 2005).

As abordagens psicanalíticas tendem a ser aplicadas mais amplamente no diagnóstico generalizado de neuroses de caráter, sem especificações ou modificações de técnicas para tratamento de determinados transtornos (ZIMMERMAN, 1998; 1999; BUSCH; MILDROD; SINGER, 1999). Em uma revisão recente sobre terapias psicológicas e

seus desfechos, restrita à língua inglesa, não são mencionados estudos com terapia psicodinâmica, nem individuais nem em grupo, para a FSG (FONAGY, 2003; 2005).

Nesse sentido, Knijnik et al. (2004) realizaram um ensaio clínico randomizado, comparando terapia psicodinâmica de grupo (PGT), através de um manual de tratamento específico para FSG, com um grupo placebo com credibilidade controlada em 30 pacientes por 12 semanas. Os autores concluem que a PGT foi superior ao grupo placebo com credibilidade no tratamento da FSG na amostra estudada quanto a medidas de sintomas.

Manuais de tratamento psicodinâmico para transtornos de ansiedade foram desenvolvidos para transtorno de ansiedade generalizada (CRITS-CHRISTOPH et al., 1995; LEICHSENRING et al., 2005) e transtorno de pânico (MILROD et al., 1997; 2001; 2007). Recentemente, Leichsenring et al. (2007) desenvolveram um manual de terapia de apoio-expressiva individual para FS e Knijnik et al. (2004; *In press*) propuseram um manual de terapia psicodinâmica em grupo para FSG.

Terapia psicodinâmica de grupo para fobia social generalizada

- Formato do grupo

O grupo reúne-se uma vez por semana durante 12 semanas. Cada sessão dura 90 minutos. O número de pacientes varia de 8 a 10 por grupo. O grupo é fechado, isto é, uma vez formado e iniciado o tratamento, não podem entrar novos pacientes, já que isso aumenta a capacidade do terapeuta de monitorar a evolução de cada paciente sem os distúrbios potenciais na dinâmica do grupo criados pela chegada de novos membros. Embora não tenhamos examinado essa questão sistematicamente, a experiência clínica leva-nos a acreditar que a composição do grupo influencie fortemente a qualidade de interação entre os membros do mesmo e, por conseguinte, o desfecho do tratamento.

Os grupos de PGT são heterogêneos em termos de idade, gênero e conflitos dos membros para incentivar uma rica interação no grupo, mas são homogêneos no que tange ao diagnóstico de FSG, à presença de uma questão focal a ser discutida e ao nível de frustração com o qual os seus membros podem lidar.

- Orientação conceitual

A orientação conceitual de PGT é psicanalítica, baseada na hipótese de que conflitos internos recorrentes e inconscientes estejam ligados aos sintomas de FSG. O objetivo primário da PGT é valorizar o *insight* dos pacientes a respeito de conflitos recorrentes. A técnica psicoterápica utilizada na PGT foi adaptada da psicoterapia psicanalítica breve proposta de Malan (1976; 1979), usando-se algumas de suas sugestões e a experiência clínica prévia dos autores (EIZIRIK et al., 1998; 2006; 2008; LEMGRUBER, 2008). Em contribuições anteriores, Eizirik et al. (1991) descreveram a relevância de ligar sintomas a conflitos específicos e a importância da transferência e da contratransferência.

O *setting* funciona como um cenário para a dinâmica do grupo, e o terapeuta busca relacionar o foco dos pacientes àquilo que é chamado de foco do grupo. A PGT usa uma abordagem mais orientada para o indivíduo (WOLF, 1983), em que o processo é conceitualizado como semelhante à psicoterapia e à psicanálise individuais em um *setting* de grupo. O processo de grupo em si é relativamente menos importante do que a interpretação das dificuldades do indivíduo em lidar com os demais membros e com o terapeuta. Naturalmente, há experiências comuns compartilhadas por todos os participantes, que merecem interpretação (GABBARD, 1994a).

• Fases da PGT

Com base na revisão da bibliografia publicada e em nossa experiência clínica anterior (EIZIRIK; KAPCZINSKI, 1991; KNIJNIK et al., 2004), consideramos que as seguintes fases, com suas respectivas características, ajudam a realizar a PGT de maneira consistente com a sua conceitualização (Quadro 1).

Quadro 1

Protocolo de terapia psicodinâmica em grupo para fobia social generalizada

Sessão	Objetivos	Procedimentos
1-3	<ul style="list-style-type: none"> • Formular o foco do tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a descrição da história pessoal de cada paciente.
4-10	<ul style="list-style-type: none"> • Interpretar a relação sintomas-conflitos. • Examinar situações individuais específicas. • Interpretar conexão com foco (sessões 1-3). 	<ul style="list-style-type: none"> • Conectar sintomas (quadro clínico atual) com experiências emocionais anteriores. • Tentar identificar conflitos comuns entre os membros do grupo. • Relacionar conexões com o foco do tratamento.
11-12	<ul style="list-style-type: none"> • Abordar o término do tratamento e a ansiedade de separação. • Revisar o progresso e possíveis ganhos consolidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a expressão de questões específicas. • Compartilhar sentimentos atuais sobre as experiências em terapia de grupo.

A *fase I* inclui duas entrevistas de avaliação individuais com o terapeuta de grupo para obter uma anamnese psiquiátrica, história do desenvolvimento da doença, abordar o diagnóstico de FS, avaliar a composição do grupo e identificar o foco de cada paciente.

A *fase II* compreende 12 sessões de grupo, divididas em sessões 1-3 (tratar da formulação de foco), sessões 4-10 (estabelecer a relação entre sintomas e conflitos) e sessões 11-12 (discutir assuntos relacionados ao término do tratamento).

- Papel do terapeuta e técnica

Nas sessões 1-12, a intervenção da terapeuta deve identificar fantasias inconscientes e conflitos possivelmente ligados aos sintomas de FS, tentando cuidadosamente trazê-los à consciência. Também a conceitualização de foco e elaboração de foco são abordadas através do questionamento, do esclarecimento e da interpretação psicodinâmica extratransferencial.

Essas interpretações são dadas pelo terapeuta e podem promover *insights* capazes de levar a mudanças psíquicas e ao auto-reconhecimento dos mecanismos de defesa do paciente, que podem ser discutidos no *setting*. Através de interpretações focais, os pacientes conseguem lidar melhor com as situações das quais têm medo.

O terapeuta explora os temores de cada paciente ao entrar num *setting* de grupo porque este pode ter dificuldade em confrontar tais medos. Essas indagações muitas vezes ajudam ou incentivam o paciente a confrontar diretamente os seus sintomas. Sempre que possível, o terapeuta procura aspectos comuns entre os pacientes e enfatiza situações de conflito que subjazem a sintomas fóbicos.

É dada uma atenção especial à resistência e à distribuição de papéis no *setting* de grupo e à contratransferência do terapeuta, que também deve prestar atenção especial ao desenvolvimento de hipóteses básicas a fim de interpretar e examiná-las. A participação do paciente é incentivada desde o início do tratamento, e o terapeuta pergunta ativamente sobre as suas experiências atuais e passadas.

- Indicações

A PGT é indicada para pacientes com FSG com motivação explícita para mudar o seu padrão de relacionamento e não apenas obter alívio dos sintomas. Os pacientes precisam ser capazes de tolerar os níveis moderados de ansiedade e frustração que podem surgir durante a psicoterapia, estabelecer contato com participantes em grupo e ter tido pelo menos um relacionamento interpessoal significativo durante a infância (BUSCH; MILDROD; SINGER, 1999; KNIJNIK et al., 2004; YALOM; LESZCZ, 2005).

- Dificuldades técnicas e soluções

Do ponto de vista psicanalítico, o principal risco associado a essa técnica é que pode enfraquecer as defesas do paciente e dar margem a ansiedades difíceis de abordar em uma psicoterapia breve. Por outro lado, considerando que esse é um tratamento focalizado, pode ajudar os pacientes a olhar os seus sintomas de FS de maneira mais ampla e talvez com um melhor entendimento dos seus conflitos, tentando enfrentar novas situações com menos sofrimento. Do ponto de vista terapêutico, essa técnica é desafiadora, porque requer aceitar as metas de uma psicoterapia breve e abrir mão de tentar alcançar objetivos maiores.

Outra dificuldade técnica ocorre com pacientes que se sentem constrangidos ao compartilhar seus sentimentos no ambiente de grupo, já que isso reproduz justamente a situação social que os inibe. No entanto, quando conseguem superar tal dificuldade, isso pode ser sentido como uma experiência útil. O tempo dedicado ao exame do conflito de cada paciente nas sessões de grupo também deve ser levado em conta. Correlações complexas de sintomas e conflito são mais difíceis de interpretar a curto prazo, já que podem levar mais tempo para serem compreendidas.

- Vantagens

A PGT parece ser um tratamento viável para indivíduos que sofrem de FSG. O fato de ser realizada em um ambiente de grupo é particularmente relevante, já que o próprio grupo proporciona uma fonte de melhoria dos sintomas de ansiedade. Uma vantagem possível da PGT é o fato de que a experiência de grupo e o *insight* parcial sobre os conflitos inconscientes podem ter um efeito sinérgico sobre a melhora clínica.

A psicoterapia de grupo é um tratamento eficiente e econômico para uma grande variedade de transtornos mentais e usa um *setting* sob condições específicas para alcançar metas terapêuticas. É de baixo custo em termos econômicos, mas propicia grande riqueza de desfechos potenciais (KNAUSS, 2005). A terapia de grupo, conforme descrita, permite a combinação de uma abordagem psicoterápica - feita pelo terapeuta - e de uma abordagem com maior apoio - feita pelos membros do grupo. Portanto, permite que os pacientes elaborem seus conflitos e que o terapeuta adquira maior familiaridade com as relações de objeto.

2.7.2 Tratamento farmacológico

A FSG responde com frequência ao tratamento farmacológico, com um início de ação mais imediato e efeitos mais robustos a curto prazo do que a TCC (HEIMBERG et al., 1998). Apesar do uso maciço de psicofármacos na FSG, as taxas de resposta estão entre 50-70% ao término de 2-3 meses de tratamento, e mesmo nos pacientes ditos responsivos algum sintoma residual acaba permanecendo, enquanto apenas 20-30% dos pacientes experimenta remissão significativa (DAVIDSON, 2003; SEEDAT; STEIN, 2004).

Atualmente, de acordo com ensaios clínicos randomizados e metanálises (GOULD et al., 1997; FEDEROFF; TAYLOR, 2001; BLANCO; ANTIA; LIEBOWITZ, 2003; STEIN et al., 2004), as evidências indicam que muitos fármacos são úteis no tratamento da FSG e superiores ao placebo, tais como: inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS), agentes noradrenérgicos (IRNS), inibidores da monoaminoxidase (IMAOs) e benzodiazepínicos. Outras categorias de fármacos com provável eficácia incluem os outros agentes gabaérgicos (por exemplo, gabapentina e novos derivados).

Inibidores da recaptação da serotonina

Os ISRS têm eficácia comprovada na FSG e, na última década, consolidaram-se como primeira opção de tratamento (BALLENGER et al., 1998; ROBINSON; HOOD, 2007). São eficazes na redução dos níveis de ansiedade social, na melhora clínica global e na melhora de suas comorbidades, além de apresentar um perfil seguro e boa tolerabilidade (BLANCO; ANTIA; LIEBOWITZ, 2003). As taxas de resposta aos ISRS na FSG variam de no mínimo 50% em ensaios controlados até 80% em ensaios abertos. Não há evidências suficientes de que a eficácia de um ISRS seja superior à dos demais fármacos (HEDGES et al., 2006).

Benzodiazepínicos

A FS pode ser concebida em termos biológicos como a ativação da “reação de defesa” (GRAEFF, 2003), expressão cunhada em 1943 por Hess e Brueger. Uma outra opção terapêutica na FS são os benzodiazepínicos, que sabidamente podem atenuar essa reação de defesa.

Dentre os benzodiazepínicos, o clonazepam tem sido o mais extensamente estudado. O seu uso no tratamento agudo está associado a um melhor prognóstico em ambas as situações: quando é usado como monoterapia e quando é empregado em associações (DAVIDSON; TUPLER; POTSS, 1994). Ao considerarmos os ensaios clínicos controlados conjuntamente, os benzodiazepínicos demonstraram ser mais eficazes do que o placebo, desempenhando um papel relevante no manejo dos sintomas. Podem ser considerados fármacos importantes tanto como primeira escolha em indivíduos que não tole-ram ou não estão em condições de receber ISRS ou IRSN quanto como segunda escolha. Ainda podem ser utilizados junto aos antidepressivos para respondedores parciais.

Em uma pesquisa realizada em 1983, no Encontro Anual do Colégio Americano de Cardiologia, Gossard, Dennis e Debusk (1984) descobriram que alguns apresentadores mencionavam fazer uso do benzodiazepínico diazepam para alívio de sua ansiedade de *performance*. Os primeiros relatos de resposta aos benzodiazepínicos foram publicados em 1988. O alprazolam foi estudado em dois ensaios abertos. Um foi um estudo de caso com quatro pacientes que apresentaram melhora dos sintomas da FS em doses de 3-8 mg/dia (LYDIARD et al., 1988). Outro grupo examinou 14 pacientes com FS pelo DSM-III. Embora todos os pacientes tenham apresentado melhora dos sintomas da FS, de acordo com a escala de impressão clínica global (CGI), em doses variando entre 1-7 mg/dia, uma semana após a descontinuação houve piora (REICH; YATES, 1988).

O último estudo que avaliou o alprazolam como uma possível alternativa de tratamento para a FS foi um ensaio clínico randomizado de 12 semanas com 65 pacientes com FS (26 com o subtipo generalizado) que receberam tratamento com (1) TCC, ou (2) fenelzina e auto-exposição, ou (3) alprazolam e auto-exposição, ou (4) placebo e auto-exposição. A dose média de alprazolam foi de 4,2 mg/dia. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos de tratamento quanto à resposta ou

às medidas de desfecho primárias (provavelmente o efeito benéfico da auto-exposição foi um fator de contaminação). Houve, no entanto, tendência para uma maior taxa de recaída no grupo que recebeu alprazolam dois meses após o término do tratamento e para uma possível superioridade quanto à eficácia da fenelzina (GERLERNTER et al., 1991).

Em um ensaio aberto com 10 pacientes tratados com bromazepam por oito semanas com dose média de 26,4 mg/dia, Versiani, Nardi e Mundim (1989) verificaram uma melhora significativa, de acordo com as escalas CGI e escala de fobia social de Liebowitz (LSAS), com uma diminuição na média da LSAS de 69,3 para 15,8 e na CGI (5,0 para 1,3) na oitava semana do estudo. Todos os pacientes referiram sonolência.

Versiani et al. (1997) realizaram um ensaio clínico randomizado de 12 semanas, duplo-cego, com 60 pacientes portadores de FS (DSM-III-R), cujos resultados apontam para uma superioridade do bromazepam (21 mg/dia) em relação ao placebo. Ao contrário do que se esperaria com um benzodiazepínico, uma diferença estatisticamente significativa em relação ao placebo só ocorreu a partir da oitava semana do estudo. Os escores da LSAS diminuíram 62,2 pontos com o bromazepam e apenas 5,6 pontos com o placebo.

- Clonazepam

Desde meados da década de 1980, diversos estudos estabeleceram a eficácia anti-pânico do clonazepam, bem como o seu uso no tratamento de outros distúrbios, como o transtorno afetivo bipolar e a FS (ROSENBAUM, 2004). O clonazepam, um benzodiazepínico de alta potência, tem sido extensivamente estudado para o tratamento da FS (ROBINSON; HOOD, 2007). Em um ensaio aberto, Versiani, Nardi e Mundim (1989) trataram 40 pacientes com FS (de ambos os subtipos) com uma dose média de clonazepam de 3,8 mg/dia com melhora significativa na LSAS (81,6 para 31,6) e na CGI (5,0 para 2,1) na oitava semana do estudo.

Em 1990, uma série de ensaios clínicos abertos foi realizada: o clonazepam foi efetivo e bem-tolerado em uma dose média de 3 mg/dia em cinco indivíduos, de acordo com a escala de impressão clínica global (CGI), na oitava semana de tratamento. Um dos cinco pacientes ficou assintomático por 12 meses após a descontinuação do clonazepam. Os autores também concluíram que, comparado a outros agentes usados para a FS, o clonazepam é mais fácil de ser usado, devido à sua meia-vida mais longa (ONTIVEROS; FONTAINE, 1990).

Em um estudo-piloto com clonazepam em 23 pacientes com FS pelo DSM-III-R, houve melhora significativa no grupo tratamento, com uma dose média de clonazepam de 2,75 mg/dia – variação de 1-6 mg/dia – em relação ao grupo controle sem tratamento, nas medidas dos sintomas de FS, na oitava semana do estudo (MUNJACK et al., 1990). Em geral, a sedação inicial que ocorreu nos pacientes em uso de clonazepam desapareceu espontaneamente ou com a redução da dose. Embora o estudo não fosse duplo-cego nem controlado por placebo, tivesse curta duração e contasse com uma amostra pequena, os dados preliminares foram suficientes para encorajar estudos adicionais.

Reiter et al. (1990), em um estudo para examinar a eficácia do clonazepam em 11 pacientes com FSG e FS não-generalizada, observaram que 9 dos 11 pacientes responderam bem a doses diárias de clonazepam que variaram de 0,75 a 3 mg. Os autores concluíram que, uma vez que apenas 2 dos 9 pacientes apresentavam transtorno do pânico como comorbidade, o benefício nos sintomas de FS ocorrera provavelmente de forma independente da suposta eficácia do clonazepam no transtorno do pânico.

O grupo da Universidade Duke tem realizado a avaliação mais extensa do uso de clonazepam no tratamento da FS. Em 1991, realizou um ensaio aberto com 26 pacientes tratados em média por 11,3 meses (variação 1-29 meses) com uma dose média máxima de 2,1 mg (0,5-5 mg/dia). Apenas 15% dos pacientes não apresentaram melhora de acordo com a Escala de Impressão Clínica Global (CGI). É importante salientar que, na avaliação final, a dose média diária de clonazepam diminuiu para 0,94 mg sem perda da eficácia, o que fornece subsídio para o uso do clonazepam a longo prazo. A maioria dos pacientes (57,7%) teve efeitos adversos esperados com o uso de um benzodiazepínico, os quais foram bem-tolerados com a redução da dose (DAVIDSON et al., 1991).

Davidson et al. (1993b) realizaram um ensaio clínico randomizado subsequente com clonazepam 0,5-3 mg/dia em 75 pacientes com FS (DSM-III-R) ao longo de 10 semanas, mostrando um benefício significativo desde a primeira semana de acordo com a CGI, com reduções progressivas e de grande magnitude na maioria das medidas de desfecho. Na décima semana do tratamento, a taxa de resposta no grupo clonazepam foi de 78,3% em contraste com 20% no grupo placebo. Escores da LSAS diminuíram de 78,3 para 38,1. A dose média/dia na décima semana foi de 2,4 mg. Em torno de 25% dos pacientes de ambos os grupos não concluíram o estudo, mas não devido a efeitos adversos. Os efeitos adversos esquecimento, diminuição de concentração, tontura e anorgasmia (44% no grupo clonazepam *versus* 5,8% no grupo placebo) foram bem-tolerados. A tontura diferiu significativamente do grupo placebo no que se refere a frequência e persistência. Os autores concluem que o clonazepam é eficaz e em geral bem-tolerado no tratamento da FS.

Em 1993, o grupo da Duke University conduziu um estudo retrospectivo de seguimento dos pacientes do estudo anterior através de contato com 56% dos indivíduos do estudo original (39 do grupo clonazepam e 36 do grupo placebo) ou por um questionário auto-aplicável (N=56) ou por telefone (N=55). No seguimento, os pacientes que receberam clonazepam apresentaram escores de FS significativamente mais baixos do que aqueles que receberam placebo no ensaio clínico randomizado (DAVIDSON et al., 1993a).

Não está claro, porém, se isso se deveu à exposição ao clonazepam por 10 semanas ou ao fato de mais pacientes terem persistido com algum tipo de tratamento nos dois anos seguintes. O grupo como um todo (ambos clonazepam e placebo) apresentou resultados superiores quanto à saúde e à incapacitação em relação a grupos de vários outros estudos. Por exemplo, os pacientes tiveram menos dias doentes nos últimos 3 meses

(0,5 *versus* 3,0), fizeram menos visitas médicas nos últimos 6 meses (1,1 *versus* 2,3) e apresentaram menores escores na Liebowitz Disability Scale (7,2 *versus* 29,1). Os autores sugerem que tais achados podem ser devidos a uma melhora global de saúde mental e física resultante da participação em um protocolo de tratamento.

Mais recentemente, Versiani et al. (1997) observaram que 86,8% de 40 pacientes tratados em estudos abertos com clonazepam (dose média diária de 4,8 mg) melhoraram ao longo de 16 semanas de tratamento. Apenas dois casos saíram do estudo por conta do efeito adverso de disfunção sexual.

Um ensaio clínico de curto prazo estudou a combinação de paroxetina com clonazepam *versus* paroxetina com placebo (SEEDAT; STEIN, 2004), paroxetina (20-40 mg) com clonazepam (0,5 mg duas vezes ao dia por 1 semana; 1,0 mg duas vezes ao dia por 9 semanas) ou placebo, seguidos de descontinuação gradual por 2 semanas. A paroxetina (máximo 50 mg) foi então continuada por mais 8 semanas. Embora o estudo tenha iniciado com 28 pacientes, houve 9 perdas, com apenas 50% de poder para detectar diferença entre os grupos. O grupo clonazepam apresentou maiores reduções em escalas específicas de FS, dentre elas a LSAS, do *baseline* para as semanas 10 e 20. Os efeitos adversos foram similares entre os grupos. Os efeitos colaterais que foram no mínimo 10% superiores do que com o placebo incluíram náusea, ansiedade, aumento de sudorese, inquietude, diminuição de libido, ejaculação retardada e anorgasmia.

Otto et al. (2000) realizaram um estudo randomizado para examinar a eficácia do clonazepam em comparação à terapia cognitivo-comportamental (TCC) em grupo no tratamento da FS e para determinar os possíveis fatores indicativos de resposta ao tratamento. Os pacientes com FS (N=45) foram randomicamente distribuídos para o tratamento. A intensidade dos sintomas, de acordo com a avaliação do clínico e do próprio paciente, foi avaliada no *baseline* e após 4, 8 e 12 semanas. Os resultados mostraram que os pacientes de ambas as modalidades terapêuticas melhoraram significativamente, sendo a melhora do grupo em uso de clonazepam superior de acordo com algumas das escalas da semana 12. A intensidade dos sintomas foi negativamente associada ao sucesso do tratamento em ambos os grupos, mas nenhum outro fator foi capaz de prever a evolução. Os pacientes que haviam sido distribuídos para o grupo em uso de clonazepam ou para o grupo de TCC apresentaram probabilidades iguais de responder ao tratamento agudo.

Em um estudo de retirada de clonazepam com pacientes que apresentaram resposta favorável a doses médias de 2,0 mg de clonazepam em um ensaio aberto de 6 meses, de acordo com a CGI, 36 pacientes foram randomicamente alocados entre continuar o clonazepam e descontinuar com substituição por placebo por 5 meses. Nenhum paciente em uso de clonazepam apresentou recaída, mas 21,1% do grupo placebo apresentaram uma piora dos sintomas. O baixo índice de recaída no grupo placebo sugere um benefício contínuo após a retirada do clonazepam (ensaio aberto), principalmente porque o estudo excluiu TCC concomitante. Os autores concluem que o tratamento com clonazepam a longo prazo é seguro e eficaz na FS (CONNOR et al., 1998). No entanto, de acordo

com a literatura, há controvérsias a respeito do uso do clonazepam a longo prazo no tratamento da FS (JEFFERSON, 2001).

As vantagens desses fármacos residem na eficácia estabelecida, no rápido início de ação, ideal para pacientes que capazes de prever o seu uso (*performances* episódicas), na boa tolerabilidade, embora possa haver persistência de alguns efeitos adversos como descordenação e tonturas, na segurança quanto à superdosagem e à dosagem flexível e no número reduzido de efeitos adversos no início do tratamento. São limitados pelo seu espectro de ação, pois dificilmente melhoram a depressão, freqüentemente associada à FS (JEFFERSON, 2001). Também são limitados pelo potencial de induzir dependência, sedação e prejuízo cognitivo (comprometendo a eficácia da exposição *in vivo*), bem como pelo potencial de provocar desinibição com conseqüente conduta social inadequada (DAVIDSON, 2003). As doses iniciais de benzodiazepínicos de alta potência (clonazepam e alprazolam) para FS estão entre 0,25 a 0,50 mg três vezes ao dia, com doses máximas de 6 mg ao dia nos casos mais graves (KNIJNIK et al., 2005).

Em suma, os benzodiazepínicos são ansiolíticos bastante efetivos, e o seu uso no tratamento da FS demonstra ser eficaz (NUTT, 2005). O clonazepam é um tratamento comprovado na FS. Melhora significativa em pouco tempo (uma semana) é observada em alguns estudos e foram demonstrados ganhos a longo prazo (até dois anos pós-tratamento). Problemas na retirada são pouco comuns e podem ser minimizados por meio de retirada lenta e gradual. Uma estratégia efetiva pode ser o seu uso contínuo a longo prazo, visto que existe uma tendência de perder o efeito após a suspensão do tratamento (BLANCO et al., 2003; ROBINSON; HOOD, 2007).

2.7.3 Tratamento combinado

Estudos mais atuais mencionam a importância de associações de fármacos e psicoterapia como possíveis alternativas na melhora de pacientes com FS. No tratamento farmacológico, os benzodiazepínicos são comumente prescritos como agentes adjuntos ou alternativos devido à sua rápida ação ansiolítica (SEEDAT; STEIN, 2004).

Quanto ao tratamento combinado, em um ensaio clínico recente, a D-cycloserina (HOFMANN et al., 2006) mostrou-se superior ao placebo em sua combinação com terapia de exposição.

REFERÊNCIAS

ALBUCHER, R.C.; ABELSON, J.L.; NESSE, R.M. Defense mechanism changes in successfully treated patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, v. 155, p. 558-559, 1998.

ALMEIDA FILHO, N. et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP APAL*, v. 14, p. 93-104, 1992.

ALNAES, R. Social phobia: research and clinical practice. *Nordic Journal of Psychiatry*, v. 55, n. 6, p. 419-425, 2001.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3th ed. revised. Washington: American Psychiatric Association, 1987.

ANDREWS, G.; POLLOCK, C.; STEWART, G. The determination of defense style by questionnaire. *Archives of General Psychiatry*, v. 46, p. 455-460, 1989.

ANDREWS, G.; SINGH, M.; BOND, M. The defense style questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 181, n. 4, p. 246-256, 1993.

BALLENGER, J.C. et al. Consensus statement on social anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 59, Suppl. 17, p. 54-60, 1998.

BION, W. R. Learning from experience. London: Heinemann, 1962.

BLANCO, C.; ANTIA, S.; LIEBOWITZ, M.R. Pharmacotherapy of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*; v. 51, n. 1, p. 109-120, 2003.

BLAYA, C. et al. Brazilian Portuguese version of the Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) for defenses mechanisms measure: a preliminary study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, p. 255-258, 2004.

BOND, M.; PERRY, J.C. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, v. 161, n. 9, p.1665-1671, 2004.

BOND, M. et al. Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry*, v. 40, p. 333-338, 1983.

BOND, M. P.; VAILLANT, J.S. An empirical study of the relationship between diagnosis and defensive style. *Archives of General Psychiatry*, v. 43, p. 285-288, 1986.

BONSACK, C.; DESPLAND, J.N.; SPAGNOLI, J. The French version of the Defense Style Questionnaire. *Psychotherapy and Psychosomatics*, v. 67, p. 24-30, 1998.

BUSCH, F.N.; MILDROD, B.L.; SINGER, M.B. Theory and technique in psychodynamic treatment of panic disorder. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, v. 8, p. 234-242, 1999.

CASSORLA, R.S. Abordagem psicodinâmica do paciente ansioso. In: EIZIRIK, C.L. et al. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 517-540.

CHAMBLESS, D.L. et al. Update on empirically validated therapies, II. *Journal of Clinical Psychology*, v. 51, p. 3-16, 1998.

CHAMBLESS, D.L.; OLLENDICK, T.H. Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, v. 52, p. 685-716, 2001.

CONNOR, K.M. et al. Discontinuation of clonazepam in the treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, v. 18, p. 373-378, 1998.

CRITS-CHRISTOPH, P. et al. Brief supportive-expressive psychodynamic therapy for generalized anxiety disorder. In: BARBER, J.P.; CRITS-CHRISTOPH, P. (Eds.). *Dynamic therapies for psychiatry disorders*. New York: Basic Books, 1995. p. 43-48.

DAVIDSON, J.R.T. et al. Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, v. 61, p. 1005-1013, 2004.

DAVIDSON, J.R.T. Pharmacotherapy of social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 108, Suppl. 417, p. 65-71, 2003.

DAVIDSON, J.R.T.; TUPLER, L.A.; POTSS, N.L.S. Treatment of social phobia with benzodiazepines. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 55, Suppl. 6, p. 28-32, 1994.

DAVIDSON, J.R.T. et al. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychological Medicine*, v. 23, p. 709-718, 1993a.

DAVIDSON, J.R.T. et al. Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, v. 13, p. 423-428, 1993b.

DAVIDSON, J.R.T. et al. Long-term treatment of social phobia with clonazepam. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 52, Suppl.1, p. 16-20, 1991.

DERUBEIS, R.J.; CRITS-CHRISTOPH, P. Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 66, p. 37-52, 1998.

EIZIRIK, C.L. et al. Psicoterapia breve dinâmica. In: CORDIOLI, A.V. (Ed.). *Psicoterapias abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 145-152.

EIZIRIK, C.L.; HAUCK, S. Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica. In: CORDIOLI, A.V. (Ed.). *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 151-166.

EIZIRIK, C.L. et al. Observing countertransference in brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, v. 56, p. 174-181, 1991.

FALCONE, E. Ansiedade social normal e ansiedade fóbica: limites e fundamentos etiológicos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 27, n. 6, p. 301-308, 2000.

FEDEROFF, I.C.; TAYLOR, S. Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, v. 21, p. 311-324, 2001.

- FENICHEL, O. *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: W.W. Norton, 1945.
- FERRARI, H. Abordagem psicodinâmica do paciente fóbico. In: EIZIRIK, C.L. et al. *Psicoterapia de orientação analítica fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 575-594.
- FONAGY, P. A review of outcomes research according to nosological indication. *Unpublished manuscript*, 2003.
- FONAGY, P. Estudos sobre a efetividade das psicoterapias. In: *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 424-453.
- FONAGY, P.; ROTH, A.; HIGGITT, A. Psychodynamic psychotherapies: evidence-based practice and clinical wisdom. *Bulletin of the Menninger Clinic*, v. 69, n. 1, p. 1-58, 2005.
- FREUD, A. Ego and the mechanisms of defense. London: Hogarth Press, 1937.
- FREUD, S. A história do movimento psicanalítico (1914). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972, v. 14.
- FREUD, S. Inhibitions, symptoms and anxiety (1926). In: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works*. London: Hogarth, 1962, v. 20. p. 85-117.
- FREUD, S. The neuropsychoses of defense (1959). In: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press, 1962, v. 3. p. 45-61.
- GABBARD, G.O. Anxiety disorders. In: GABBARD, G.O. (Ed.), *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994b. p. 249-289.
- GABBARD, G.O. Group therapy, family/marital therapy, and pharmacotherapy. In: *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994a. p. 125-151.
- GABBARD, G.O. Psychodynamics of panic disorder and social phobia. *Bulletin of Menninger Clinical*, v. 56, p. 3-13, 1992.
- GERLERNTER, C.S. et al. Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia. A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, v. 48, p. 938-945, 1991.
- GOSSARD, D.; DENNIS, C.; DEBUSK, R.F. Use of beta-blocking agents to reduce the stress of presentation at an international cardiology meeting: results of a survey. *American Journal of Cardiology*, v. 54, n. 1, p. 240-241, 1984.
- GOULD, R.A. et al. Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: a meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, v. 4, p. 291-306, 1997.
- GRAEFF, F.G. Serotonin, periaqueductal gray matter and panic disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 25, Suppl 2, p. 42-45, 2003.

GRANT, B.F. et al. The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 66, p. 1351-1361, 2005.

HEDGES, D.W. et al. The efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in adult social anxiety disorder: a meta-analysis of double-blind, placebo-controlled trials. *Journal of Psychopharmacology*, v. 21, p. 102-111, 2006.

HEIMBERG, R.G.; BECKER, R.E. *Cognitive-behavioral treatment for social phobia: basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford Press, 2002.

HEIMBERG, R.G. et al. Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia. *Archives of General Psychiatry*; v. 55, p. 1133-1141, 1998.

HEIMBERG, R.G.; JUSTER, H.R. Cognitive-behavioral treatments literature review. In: HEIMBERG, R.G. et al. *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford Press, 1995. p. 261-309.

HEIMBERG, R. et al. Cognitive behavioral group treatment for social phobia: comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, v. 14, n. 1, p. 1-23, 1990.

HELDT, E. et al. Defense mechanisms after brief cognitive-behavior group therapy for panic disorder one-year follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 195, p. 540-543, 2007.

HELDT, E. et al. Treating medication-resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behavioural therapy in a brazilian public hospital. *Psychotherapy and Psychosomatics*, v. 72, p. 43-48, 2003.

HOFMANN, S.G. et al. Augmentation of exposure therapy with D-cycloserine for social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, v. 63, p. 298-304, 2006.

HOGLEND, P.; PERRY, J.C. Defensive functioning predicts improvement in major depressive episodes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 186, p. 238-243, 1998.

HOOD, S.D. Silent social anxiety disorder. *The West Australian*, 19. 11-5-2000. Perth, Australia.

HUNT, C. Vulnerability factors and long-term outcome after cognitive-behavioural treatment of anxiety disorders: paper presented in the fourth World Congress on Behaviour Therapy, Australia, 1992.

JANET, P. *Les obsessions et la psychasthenie*. Paris: Felix Alcan, 2003.

JEFFERSON, J.W. Benzodiazepines and anticonvulsants for social phobia (social anxiety disorder). *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 62,— Suppl 1, p. 50-53, 2001.

KAPLAN, D.M. On shyness. *International Journal of Psychoanalysis*, v. 53, p. 439-454, 1972.

KARASU, T.B.; SKODOL, A. E. With axis for DSM III: psychodynamic evaluation. *American Journal of Psychiatry*, v. 137, p. 607-610, 1980.

KESSLER, R.C.; STEIN, M. B.; BERGLUND, P. Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, v. 155, p. 613-619, 1998.

KESSLER, R. C.; MCGONAGLE, K. A.; ZAHO, S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, v. 51, p. 8-9, 1994.

KIPPER, L.C. et al. Evaluation of defense mechanisms in adult patients with panic disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 193, n. 9, p. 619-624, 2005.

KIPPER, L.C. et al. Use of defense mechanisms in patients with panic disorder and their association with severity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 192, n. 1, p. 58-64, 2004.

KNAUSS, W. Group psychotherapy. In: GABBARD, G.; BECK, J.S. (Eds.). *Oxford textbook psychotherapy*. New York: Oxford University Press, 2005. p. 35-43.

KNIJNIK, D.Z. et al. A pilot study of clonazepam versus psychodynamic group therapy plus clonazepam in the treatment of generalized social anxiety disorder. *European Psychiatry*, 2008. In press.

KNIJNIK, D.Z. et al. Diretrizes e algoritmos: fobia social. In: CORDIOLI, A.V. (Org.). *Psicofármacos: consulta rápida*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 367-374.

KNIJNIK, D.Z. et al. Psychodynamic group treatment for generalized social phobia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, n. 2, p. 77-81, 2004.

LADER, M. et al. Efficacy and tolerability of escitalopram 12- and 24-week treatment of social anxiety disorder: randomised, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose study. *Depression and Anxiety*, v. 19, p. 241-248, 2004.

LEAHY, R.L. et al. Anxiety disorders. In: GABBARD, G.O.; BECK, J.S. (Eds.). *Oxford textbook psychotherapy*. New York: Oxford University Press, 2005. p. 137-162.

LEICHSENRING, F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? *International Journal of Psychoanalysis*, v. 86, p. 841-868, 2005.

LEICHSENRING, F.; BEUTEL, M.; LEIBING, E. Psychodynamic psychotherapy for social phobia: a treatment manual based on supportive-expressive therapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, v. 71, p. 56-83, 2007.

LEICHSENRING, F.; RABUNG, S.; LEIBING, E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatry disorders: a meta-analysis. *Archives General Psychiatry*, v. 61, p. 1208-1216, 2004.

LEMGRUBER, V.B. Terapia focal: psicoterapia breve psicodinâmica. In: CORDIOLI, A. V. (Ed.). *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 167-187.

LIEBOWITZ, M.R. et al. A randomized controlled trial of venlafaxine extended release in generalized social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 66, p. 238-247, 2005.

LIEBOWITZ, M.R.; ALLGULANDER, C.; MANGANO, R. Comparison of venlafaxine XR and paroxetine in short term treatment of SAD. Poster presented at APA' 2003.

LIEBOWITZ, M.R. Update on the diagnosis and treatment of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 60, n. 18, p. 22-26, 1999.

LIEBOWITZ, M.R. et al. Phenelzine vs. atenolol in social phobia. A placebo-controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*, v. 49, p. 290-300, 1992.

LIEBOWITZ, M.R. et al. Phenelzine and atenolol in social phobia. *Psychopharmacology Bulletin*, v. 26, p. 123-125, 1990.

LIEBOWITZ, M.R. et al. Phenelzine in social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, v. 6, p. 2, p. 93-98, 1986.

LIEBOWITZ, M.R. et al. Social phobia a review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, v. 42, p. 729-736, 1985.

LIPSITZ, J.D. et al. A randomized trial of interpersonal therapy versus supportive therapy for social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, v. 25, n. 6, p. 542-53, 2008.

LIPSITZ, J.D.; MARSHALL, R.D. Alternative psychotherapy approaches for social anxiety disorder. *Psychiatric Clinics North America*, v. 24, n. 4, p. 817-829, 2001.

LYDIARD, R.B. et al. Alprazolam in the treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 49, p. 17-19, 1988.

MABILDE, L.C. Conceitos psicanalíticos fundamentais. In: EIZIRIK, C.L. et al. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 75-80.

MALAN, D.H. *As fronteiras de psicoterapia breve: um exemplo da convergência entre pesquisa e prática médica (1979)*. Porto Alegre: Artmed, 1981.

MALAN, D.H. The frontier of brief psychotherapy. New York: Plenum. *Manual for Psychopharmacology* (revised ed., pp 217-222). Rockville (MD): US National Institute of Health, Psychopharmacology Research Branch, 1976.

MANFRO, G.G. et al. Relationship between adult social phobia and childhood anxiety. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 25, n. 2, p. 96-99, 2003.

MILROD, B. et al. A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *Journal of Psychotherapy Practice Research*, v. 10, n. 40, p. 239-245, 2001.

MILROD, B. et al. A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, v. 164, n. 2, p. 265-272, 2007.

MILROD, B. et al. *Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy*. American Psychiatric Publishing, 1997.

MUNJACK, D.J., et al. Clonazepam in the treatment of social phobia: a pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 51, Suppl. 1, p. 35-40, 1990.

NEMIAH, J.C. A psychoanalytic view of phobias. *American Journal of Psychoanalysis*, v. 41, p. 115-120, 1981.

NUTT, D. J. Making sense of GABA(A) receptor subtypes: is a new nomenclature needed? *Journal of Psychopharmacology*, v. 19, p. 219-220, 2005.

ONTIVEROS, A.; FONTAINE, R. Social phobia and clonazepam. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, p. 439-441, 1990.

OTTO, M.W. et al. A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, v. 14, p. 345-358, 2000.

PERRY, J.C.; COOPER, S.H. An empirical study of defense mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, v. 46, p. 444-452, 1989.

PERRY, J.C.; COOPER, S.H.; MICHELS, R. Psychodynamic formulation: its purpose, structure and clinical application. *American Journal of Psychiatry*, v. 146, p. 543-550, 1987.

PICON, P.; KNIJNIK, D.Z. Terapia cognitivo-comportamental (TCC) na fobia social. In: KNAPP, P. (Org.) *Terapia cognitivo-comportamental na pratica psiquiatrica*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 226-247.

POLLOCK, C.; ANDREWS, G. Defense styles associated with specific anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, v. 146, n. 11, p. 1500-1502, 1989.

REICH, J.; YATES, W. A pilot study of treatment of social phobia with alprazolam. *American Journal of Psychiatry*, v. 145, p. 590-594, 1988.

REITER, S.R., et al. Clonazepam for the treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 51, p. 470-472, 1990.

ROBINSON, H.M.; HOOD, S.D. Social anxiety disorder: a review of pharmacological treatments. *Current Psychiatry Reviews*, v.3, p. 95-122, 2007.

RODEBAUGH, T.L.; HOLAWAY, R.M.; HEIMBERG, R.G. The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, v. 24, n. 7, p. 883-908, 2004.

ROSENBAUM, J. F. The development of clonazepam as a psychotropic: the massachusetts general hospital experience. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 65, Suppl 5, p. 3-6, 2004.

ROTH, D.A.; FONAGY, P. *What works for whom?* A critical review of psychotherapy research. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2006.

ROWA, K.; ANTONY, M.M. Psychological treatments for social phobia. *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 50, p. 305-307, 2005.

SCHNEIER, F.R. Social anxiety disorder. *New England of Journal Medicine*, v. 355, n. 10, p. 1029-1036, 2006.

SCHNEIER, F.R. Treatment of social phobia with antidepressants. *Journal of Clinical Psychiatry*; v. 62, Suppl 1, p. 43-48, 2001.

SCHNEIER, F.R. et al. Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, v. 49, p. 282-288, 1992.

SEEDAT, S.; STEIN, M.B. Double-blind, placebo-controlled assessment of combined clonazepam with paroxetine compared with paroxetine monotherapy for generalized social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 65, n. 2, p. 244-248, 2004.

SHAPIRO, T. The concept of unconscious fantasy. *Journal of Clinical Psychoanalysis*, v. 1, p. 517-524, 1992.

SHAPIRO, T. The psychodynamic formulation in child and adolescence psychiatry. *American Journal of Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 28, p. 675-680, 1989.

SPINHOVEN, P.; KOOIMAN, C.G. Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: an explorative study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 185, p. 87-94, 1997.

STEIN, D.J. et al. The social anxiety disorder spectrum. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 65, Suppl 14, p. 27-33, 2004.

STEIN, M.B. Long-term treatment of generalized social anxiety disorder with venlafaxine XR. Poster presented at the 23rd Annual Conference of the Anxiety Disorders Association of America 2003.

STEIN, M.B.; KEAN, Y. Disability and quality of life in social phobia. *American Journal of Psychiatry*, v. 157, p. 1606-1613, 2000.

STEIN, M.B. et al. Paroxetine treatment of generalized social phobia: a randomized controlled trial. *JAMA*; v. 280, n. 8, p. 708-713, 1998a.

STEIN, M.B.; CHAVIRA, D.A. Subtypes of social phobia and comorbidity with depression and other anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, v. 50, Suppl. 1, p. 11-16, 1998b.

VAILLANT, G.E.; BOND, M.; VAILLANT, C.O. An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, v. 43, p. 786-794, 1986.

VAILLANT, G.E. Natural history of male psychological health, V: the relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment. *Archives of General Psychiatry*, v. 33, p. 535-545, 1976.

VAILLANT, G.E. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, v. 24, p. 107-118, 1971.

VERSIANI, M. et al. Double-blind placebo controlled trial with bromazepam in social phobia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 46, p. 167-171, 1997a.

VERSIANI, M. et al. Clonazepam in social phobia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 46, p. 103-108, 1997b.

VERSIANI, M.; NARDI, A. E.; MUNDIM, F.D. Fobia social. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 38, p. 251-263, 1989.

VERSIANI, M. et al. Tranylcypromine in social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, v. 8, p. 279-283, 1988.

WITTCHEN, H-U. et al. Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia: findings from a controlled study. *European Psychiatry*, v. 15, p. 46-58, 2000.

WITTCHEN, H-U.; STEIN, M.B.; KESSLER, R.C. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine*, v. 29, p. 309-323, 1999.

WOLF, A. Psychoanalysis in groups. In: KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. *Comprehensive group psychotherapy*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1983. p.113-131.

YALOM, I.D.; LESZCZ, M. *The theory and practice of group psychotherapy*. 5th ed. New York: Basic Books, 2005.

ZAIDER T. I.; HEIMBERG, R. G. Non-pharmacologic treatments for social anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 417, p. 72-84, 2003.

ZERBE, K.J. Uncharted waters: psychodynamics considerations in the diagnosis and treatment of social phobia. *Bulletin of the Menninger Clinic*, v. 58 (2, Suppl.A), p. 3-20, 1994.

ZIMMERMAN, D.E. Psicoterapia de grupo. In: CORDIOLI, A. *Psicoterapias: abordagens atuais*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

ZIMMERMAN, D.E. Estado atual das grupoterapias. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, v. 1, n. 2, p. 17-32, 1999.

3

JUSTIFICATIVA

A FSG é altamente prevalente, mas permanece pouco diagnosticada e nem sempre é devidamente tratada. Os tratamentos estabelecidos não beneficiam todos os pacientes e para muitos fornecem somente diminuição parcial dos sintomas e recorrência dos mesmos no acompanhamento em longo prazo.

Embora a maior parte dos estudos evidencie a eficácia tanto da medicação como da TCC, a experiência clínica sugere que métodos psicodinâmicos podem ser igualmente eficazes. Como ainda não se dispunha de estudos controlados para testar essa validade, o presente trabalho se propôs a realizar essa tarefa, tendo em vista a necessidade de ampliar o arsenal terapêutico em especial para os casos que não respondem aos métodos de tratamento já evidenciados na FSG.

Em função de a literatura evidenciar a utilidade de outro método psicoterápico em grupo (TCC) e de o próprio transtorno se caracterizar por dificuldade de interação social, a modalidade psicodinâmica escolhida para ser avaliada foi em um contexto de grupo.

4

HIPÓTESE

O acréscimo de terapia psicodinâmica breve em grupo ao clonazepam em indivíduos com fobia social generalizada resulta em maiores alterações em gravidade de sintomas, funcionamento global, qualidade de vida e mecanismos de defesa em relação a apenas clonazepam.

5

OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

- Comparar os resultados obtidos com o tratamento combinado com terapia psicodinâmica em grupo e clonazepam em relação ao tratamento isolado com clonazepam em fobia social generalizada em 12 semanas.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a mudança na gravidade dos sintomas e no funcionamento global nas duas intervenções terapêuticas.
- Avaliar a mudança na qualidade de vida nas duas intervenções terapêuticas.
- Avaliar a mudança em estilos defensivos nas duas intervenções terapêuticas.
- Avaliar se gravidade, tempo de doença, tempo entre o diagnóstico e procura de tratamento, presença de história familiar, presença de comorbidades, presença de trauma e gênero estão associados à resposta ao tratamento nas duas intervenções terapêuticas.
- Elaborar um manual de tratamento: terapia psicodinâmica em grupo para fobia social generalizada.

6

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi previamente aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação – Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Nº 015-016). Os pacientes foram informados verbalmente sobre a pesquisa, seus objetivos e possíveis benefícios. Todos os pacientes que desejassem participar do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1).

Na ocorrência de eventos não-previstos, como acidentes, doenças graves, etc., o paciente seria excluído do estudo e teria acompanhamento individualizado. Os pacientes que não desejassem ingressar no presente estudo, ou que solicitassem a sua saída antes de seu término, seriam encaminhados a tratamento no próprio PROTAN/HCPA. Foi-lhes assegurado que poderiam retirar-se do estudo a qualquer momento.

7
ARTIGOS

7.1 ARTIGO 1 – A pilot study of clonazepam versus psychodynamic group therapy plus clonazepam in the treatment of generalized social anxiety disorder*

Daniela Z. Knijnik^a, Carlos Blanco^b, Giovanni Abrahão Salum^a, Carolina U. Moraes^a, Clarissa Mombach^a, Ellen Almeida^a, Marília Pereira^a, Atahualpa Strapasson^a, Gisele G. Manfro^a, Cláudio L. Eizirik^a

^a Post Graduate Program in Medical Sciences: Psychiatry. School of Medicine, Universidade Federal do Rio Grande do Sul and Anxiety Disorders Program, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

^b Columbia University and New York State Psychiatric Institute, NY, United States of America

Abstract

Background – Both Psychodynamic Group Therapy (PGT) and clonazepam are used as treatment strategies in reducing symptoms of generalized social anxiety disorder (GSAD). However, many individuals remain symptomatic after treatment with PGT or clonazepam.

Method – Fifty-eight adult outpatients with a diagnosis of GSAD according to DSM-IV were randomized to 12 weeks PGT plus clonazepam or clonazepam. The Clinical Global Impression-Improvement (CGI-I) Scale was the primary efficacy measure. Secondary efficacy measures included the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) total score, the World Health Organization Instrument to Assess Quality of Life-Bref (WHOQOL-Bref) Scale and the Beck Depression Inventory (BDI).

Results – CGI-I data from 57 patients (intent-to-treat population) showed that patients who received PGT plus clonazepam presented significantly greater improvement than those who received clonazepam ($p=0.033$). There were no significant differences between the two groups in the secondary efficacy measures.

Conclusion/discussion – Our study suggests that the combination of PGT with clonazepam may be a promising strategy for the treatment of GSAD, regarding gains in the global functioning. However the present study failed to detect more specific changes in social anxiety symptomatology between the two groups.

Key words – Anxiety disorders; Social anxiety disorder; Social phobia; Psychodynamic therapy; Treatment; Anxiolytics

* Aceito para publicação no European Psychiatry.

INTRODUCTION

Treatment strategies for Social Anxiety Disorder (SAD) have focused on psychotherapy and pharmacotherapy [49,51]. Controlled trials and meta-analyses suggest similar benefits from both psychological, mainly cognitive-behavioral therapy (CBT), and pharmacological [25,27,60] in the short-term treatment of SAD.

Monoamine oxidase inhibitors, selective serotonin reuptake inhibitors, noradrenergic agents and the high-potency benzodiazepines, clonazepam and bromazepam have demonstrated efficacy for SAD [7,48].

To date, most clinical trials of psychotherapy have used CBT [16,17,28,50] and interpersonal therapy (IPT) [40,41] as the experimental intervention. Very little empirical work has been conducted using other psychotherapy approaches [1,20,36,37,41]. More systematic research using therapy modalities other than CBT is needed in GSAD because many patients achieve only partial decrease in symptoms or experience recurrence of symptoms in long-term follow-up [16,41].

Most of what is known about psychoanalytic treatment for GSAD comes from case reports or uncontrolled studies [21,31,35,55]. Although psychodynamic psychotherapy has been shown in other disorders [8,34,43,45,59], there is only one published study suggesting its efficacy in GSAD [33]. In a recent study thirty patients were randomized to PGT or to a control group for 12 weeks in order to evaluate the efficacy of PGT. The control group consisted of an educational supportive psychotherapy group previously used by Heimberg et al. [27] to examine the efficacy of group CBT. At the end of the study, patients randomized to PGT were rated as more improved than controls in one of the efficacy measures, with an effect size for the interaction term in the ANOVA of 0.1 (Partial Eta Squared; $p=0.036$), considered a medium effect size, suggesting that PGT may be a possible alternative to CBT or IPT for patients with GSAD [33].

Despite the efficacy of both psychotherapy and medication, only two thirds of patients who receive these treatments are considered responders, only half of those are considered remitters and most patients remain symptomatic after the initial treatment [28,38,46]. However, in contrast with the vast literature in the treatment of major depressive disorder (MDD), to date, only a few studies have focused on how to augment treatment response on GSAD. The present study was designed to compare the efficacy of PGT plus clonazepam *versus* clonazepam in the treatment of GSAD. We chose clonazepam based on the promising results of prior studies [14,29,46,52,57], as well as relapse prevention effects with long-term clonazepam treatment in SAD [9].

METHOD

Study design

This was a randomized, 12-week study of PGT plus clonazepam versus clonazepam in 58 adult outpatients of the Anxiety Program of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Brazil, who met the DSM-IV [2] criteria for GSAD as determined by the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) – Portuguese Version 5.0 [3]. The study was approved by the Institutional Review Board (IRB) of HCPA. All subjects provided written informed consent prior to their enrollment in the study.

Prestudy procedures

The trial was conducted between March 2005 and November 2005. Participants were recruited from clinical referrals and media advertisements. Patients referred to the study were assessed by two psychiatrists with expertise in SAD to determine eligibility and willingness to participate. The assessment included a psychiatric history and the MINI [3]. Eligible subjects were randomly assigned to receive PGT plus clonazepam or clonazepam alone using a list of random numbers provided by a statistician not otherwise involved in the clinical trial. Randomization was stratified by symptoms severity using a cut off score of 82 in the LSAS total score [39], as suggested by prior studies [44]. After randomization, patients were scheduled for the pretreatment (i.e., baseline) assessment.

Patient sample

Inclusion criteria. Outpatients, 18-65 years old, who met DSM-IV criteria for primary diagnosis of GSAD for at least 2 years, and had a baseline LSAS of at least 55, with fear and/or avoidance in ≥ 4 social situations (at least 2 involving interpersonal interactions).

Exclusion criteria. A history of failure to respond to 2 mg of clonazepam taken for at least 12 weeks, hypersensitivity to benzodiazepines, prior or current psychotherapy for SAD (regardless of response). Current comorbid anxiety disorders whose symptoms were more severe than those of SAD, a depressive episode (BDI \geq 30), or suicide risk, in the previous 6 month, bipolar disorder or substance use disorder (except nicotine dependence). Mental retardation or any neurological disease, use of psychotropic medications (including hypnotics) in the 4 weeks prior to the study, and women breastfeeding, pregnant or unwilling or unable to take adequate contraceptive precautions.

Treatments

Clonazepam treatment: Pharmacologic treatment consisted of individual 20-minute visits in weeks 1, 2, 4, 6, 8 and 10. Patient adherence to the medication regimen was measured by pill count.

No systematic psychotherapeutic interventions (cognitive, behavioral or interpersonal) were delivered during the visits. Clonazepam regimen was started at an initial dose of 0.5 mg taken twice a day in the first week. The dose could be increased to up 1.0 mg taken twice a day in weeks 2-12 to maximize response. Dose reduction was allowed if necessary to improve tolerability (0.5 mg/day and 1 mg/day were considered minimum doses in week 1 and in weeks 2-12 respectively). At the end of the treatment period clonazepam was gradually discontinued using a fixed-dose taper of 0.25 mg/day every 2 weeks. Therefore, 16 weeks were required to taper off patients receiving the maximum dose of 2.0 mg/day. Safety assessments were based on reports of adverse events (possible adverse effects were monitored).

PGT and clonazepam treatment: The PGT intervention consisted of 12 weekly 90-minute group sessions using a treatment manual (available from Dr. Knijnik upon request) developed for a previous randomized trial of PGT versus educational supportive psychotherapy group [33]. The number of patients varied from 8 to 10 patients (mean 9) per group. Three groups, led by the first author (D.Z.K.), were conducted to achieve the sample size needed for the study.

The psychotherapeutic technique used in PGT was derived from Malan's [42] focused, short-term psychoanalytic psychotherapy, based on the hypothesis that recurrent and unconscious internal conflicts are connected to the symptoms of SAD.

The conceptual justification for the use of a group psychodynamic treatment for GSAD is the idea that the symptoms and behaviors of individuals reflect the unconscious processes [23] that defend against their repressed wishes, fantasies, and impulses [53]. As with other psychological symptoms, from a psychodynamic point of view, SAD is a symptom of a conflict. Individuals with SAD are conflicted about the wish to exhibit their sexual or aggressive urges. Social anxiety can be both an expression of the conflict and a punishment for the patient's wishes. Avoidance of social situations contributes to avoidance of the conscious experience of these wishes.

Clinical work suggests that certain internal object relationships are characteristic of individuals with SAD. Specifically, these patients have internalized representations of parents, caretakers, or siblings, who shame, criticize, ridicule, humiliate, abandon, and embarrass them. These perceptions are established early in life and later repeatedly projected onto persons in the environment who are then avoided, for fear of criticism and rejection. It is a tendency of punishing themselves for their angry feelings and fantasies towards parents or other meaningful people in their lives [24,61].

Its two phases help deliver PGT in a manner consistent with its conceptualization: *Phase I* includes two individual evaluation interviews with the group therapist to obtain

a psychiatric and developmental history and to conceptualize each patient's focus. *Phase II* comprises 12 group sessions, divided into sessions 1-3 (address group formation, ensuring patients' agreement to focus exclusively on the treatment of GSAD and focus formulation), sessions 4-10 (the possible connection between symptoms and conflicts is investigated and interpreted as appropriate) and session 11-12 (discuss issues related to treatment termination).

In the group setting each patient's conflicts were discussed as the transference developed. Also, among the other group members, internal resources could be potentiated and therefore treated as follows: the therapist was very active during each session, encouraging patients to talk, pointing out similarities among them and offering interpretations to each of them, as well as encouraging the others to reflect on similarities they could identify on their own social situations. In each session, some patients were more prone than others to speak about their life situations, but a balance was obtained to ensure that all patients had an opportunity to explain their suffering.

Brief Case Description:

M, 25 years old, has developed a severe fear of interacting with colleagues at college. During early adolescence he was responsible for taking care of his 86-year-old grandfather. He never fully understood his mother's expectations from him because she always complained he did not take proper care of his grandfather. It was understood that each time he had to face a social situation he unconsciously lived it as if he was obliged to answer something to his mother who would criticize and humiliate him.

Patients in the combined treatment received PGT and clonazepam simultaneously, according to the procedures described above.

Efficacy measures

The Clinical Global Impression – Improvement subscale (CGI-I) [26] is a 7-point clinician-rated scale to assess treatment response, ranging from 1 (“very much improved”) to 7 (“very much worse”). It was a structured interview to assess exclusively social anxiety symptoms. The CGI-I was completed by the blind independent evaluator (C.U.M.) previously trained in rating of the CGI scales in SAD patients. Before each assessment patients were reminded not to discuss their treatment in order to maintain its blind condition.

The LSAS [39] is a 24-item scale designed to assess both social interaction and performance-related anxiety in both severity of fear and anxiety and frequency of avoidance. A recent study [9] comparing the LSAS clinician-rated version (LSAS-CR) to its self-rated version (LSAS-SR) found that LSAS-SR is comparable to LSAS-CR and it is reliable. In the present study the LSAS-SR was administered with instructions read to the patients prior to the administration of the scale [4,10,22].

The World Health Organization Instrument to Assess Quality of Life-Bref (WHOQOL-Bref) [18] is a 26-item instrument that measures quality of life in four domains: physical, psychological, social relationship and environment. Two additional questions assess General Quality of Life.

The Beck Depression Inventory (BDI) [6] is a 21-item self-report measure that assesses the presence and severity of depressive symptoms.

Efficacy evaluation

The primary efficacy measure was mean change from baseline of CGI-I total score, which was assessed at weeks 2, 4, 6, 8, 10 and 12.

The CGI was chosen as primary outcome measure to be consistent with prior studies that had investigated the efficacy of clonazepam in the treatment of SAD [9,12-15,46]. The continuous measure was chosen instead of the cut-offs because it increases power to detect differences between groups.

Secondary efficacy measures included the proportion of responders (defined as CGI-I = 2, “much” or “very much improved”, based only on social anxiety symptoms) and the percentage of patients in full remission according to two different definitions: a) LSAS total score = 30; b) CGI-I score of 1 [49]. Additionally, mean change from baseline to endpoint of LSAS-SR total score and BDI were assessed at weeks 1, 6 and 12 and WHOQOL-Bref was assessed at weeks 1 and 12.

Treatment adherence

Fidelity to the manual was monitored through detailed written transcription of all sessions with the therapist (D.Z.K.) receiving weekly supervision on a once a week basis by the last author (C.L.E.), a training and supervising analyst of the International Psychoanalytic Association, with over 5 years of experience providing PGT. Adherence to the manual was measured by two independent raters, in order to evaluate if the therapist followed properly the manual within its three phases.

Additionally to the adherence to the manual, the degree of the psychoanalytical concept was also evaluated. To assess the adherence to psychoanalytical concept of PGT developed by D.Z.K, two independent raters evaluated the sessions through the written transcriptions and provided blind ratings using a structured instrument called Instrument for Evaluation of Psychoanalytical Psychotherapy Sessions – Group version (IEPPS-G) [11] found to be reliable between raters and capable of distinguishing PGT from another form of therapy.

The IEPPS-G was developed in our center to evaluate the psychoanalytical basis of therapeutic sessions. It is a 6-item instrument 5-point Likert scale, ranging from 0 to 30, with higher scores representing a higher psychoanalytical construct. The instrument

evaluates therapist neutrality, therapeutic interventions, quality of the interpretations, timing of interpretations, transference, counter-transference and the atmosphere of the session. A cutoff point of 17 has been suggested to identify and classify the group sessions as being psychoanalytical [11].

Statistical analysis

Kolmogorov-Smirnov test and Levene's test were used to evaluate normality of distribution and homogeneity of variances, respectively, prior to any statistical testing. Independent samples *t*-tests were used to examine differences in demographic and baseline characteristics between groups. Mann-Whitney Test was used to examine variables that did not follow a normal distribution. Categorical data were compared using Chi-square test and Fisher's Exact test. Linear Mixed Models [56] were used to examine changes over time in the two treatment groups in CGI-I, LSAS-SR, WHOQOL-Bref, BDI and to evaluate the role of possible confounding factors.

The kappa coefficient was used to evaluate the agreement between the two independent evaluators regarding PGT treatment adherence to IEPPS-G.

Results are considered significant at the $\alpha=0.05$ level (two-tailed). All analyses were conducted using the SPSS 14.

RESULTS

A diagram of the patient flow in the study is presented in Figure 1. No statistically significant differences between groups were detected with regard to demographic characteristics or mean baseline rating scale scores (Table 1). There were no significant differences in the proportion of patients who completed the study in each treatment group: 28 (96.6%) in the PGT and clonazepam group and 24 (82.1%) in the clonazepam group (Fisher's Exact p -value=0.102). Neither MDD nor Panic Disorder as comorbidities was associated with treatment outcome (data not shown).

Regarding treatment adherence, both independent raters agreed that the therapist followed properly the manual within its three distinct phases. They also rated IEPPS-G higher than 17 (mean 25.6; SD=2.7; min=18 max=29) showing a high psychoanalytical concept present across the sessions.

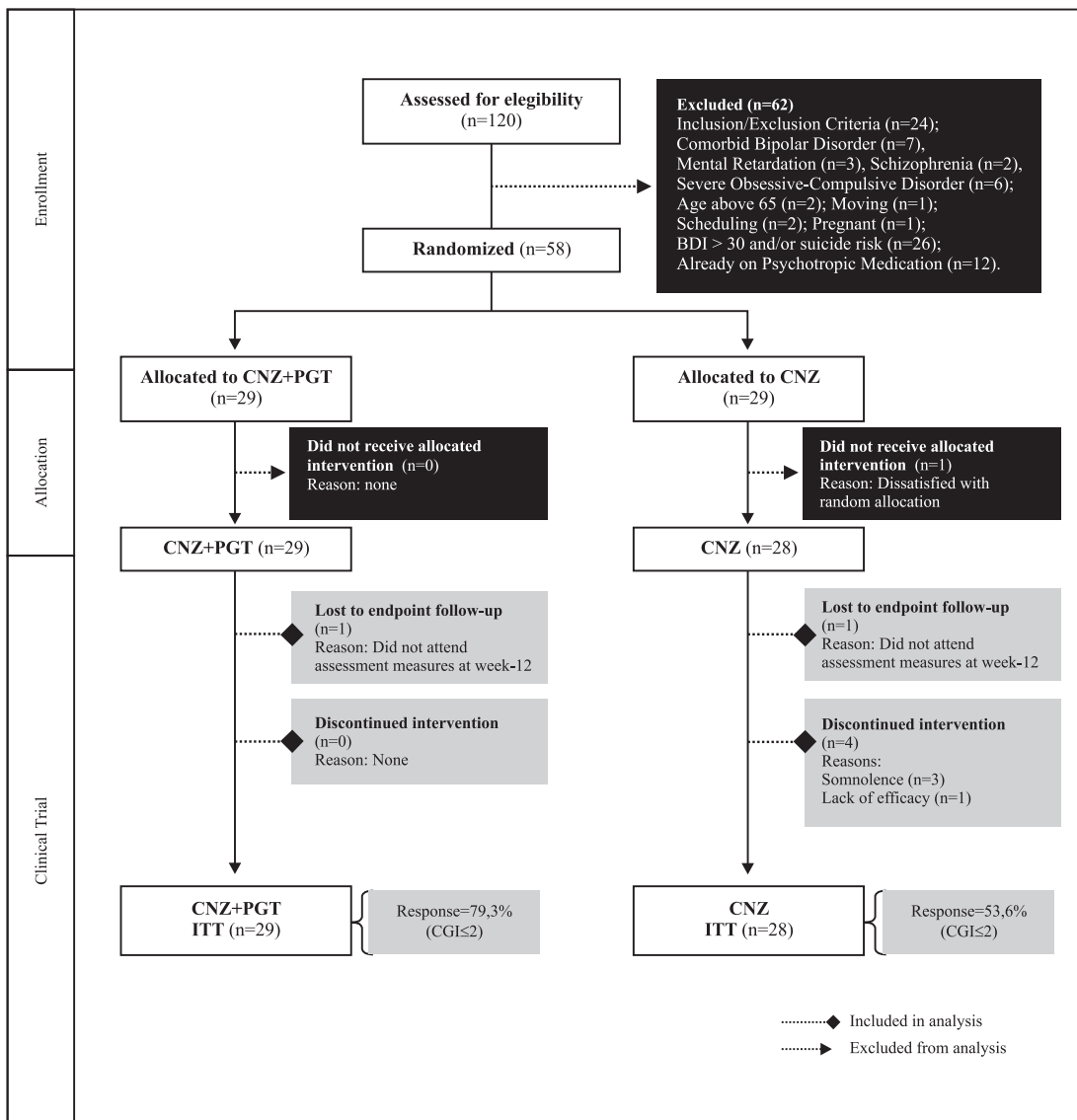


Figure 1 Flowchart diagram.

Abbreviations: CNZ, Clonazepam; PGT, Psychodynamic Group Therapy; ITT, Intent to treat analysis.

Table 1

Demographic and baseline characteristics of the intent-to-treat population of patients receiving clonazepam or clonazepam plus psychodynamic group therapy in generalized social anxiety disorder

Characteristic	CNZ (n=28)	CNZ+PGT (n=29)	Statistic	p-value
Mean age	32.4 ± 9.3	34.3 ± 11.1	$t_{df=55} = -0.676$	.502 ^b
Male sex	12 (42.9)	10 (34.5)		.592 ^a
Level of education, yr	12.7 ± 4.0	13.1 ± 3.3	$t_{df=55} = -0.401$	.690 ^b
Marital status			$\chi^2_{df=2} = 0.265$	.876 ^c
Married	10 (35.7)	9 (31)		
Single	16 (57.1)	17 (58.6)		
Widow/Divorced/Separated	2 (7.2)	3 (10.3)		
<i>Psychiatric Comorbidity*</i>				
Any other psychiatric disorder	23 (82.1)	22 (75.9)		.747 ^a
Major depressive disorder	12 (42.9)	6 (20.7)		.092 ^a
Panic disorder	11 (39.3)	5 (17.2)		.082 ^a
Agoraphobia	18 (64.3)	13 (44.8)		.186 ^a
Generalized anxiety disorder	13 (46.4)	14 (48.3)		>.999 ^a
<i>Social anxiety disorder Characteristics</i>				
Duration of social anxiety disorder, years	16 (9.25 to 24)	18 (13.5 to 31)	$z = -1.126^e$	.260 ^d
CGI-S	5.86±0.93	5.97±0.9	$t_{df=55} = -0.445$	.658 ^b
LSAS-SR	91.1±22.6	92±24.7	$t_{df=55} = -0.142$	.888 ^b
BDI	15.4±7.1	13.7±9.1	$t_{df=55} = 0.751$	.456 ^b
<i>WHOQOL-Bref Domains</i>				
Physical	56.4±14.6	59.8±16.4	$t_{df=55} = -0.83$	.410 ^b
Psychological	46.0±13.1	52.7±16.2	$t_{df=55} = -1.73$	.090 ^b
Social Relationship	47.0±20.9	47.4±19.6	$t_{df=55} = -0.07$	.942 ^b
Environmental	47.6±14.1	54.7±16.3	$t_{df=55} = -1.76$	.085 ^b
General Quality of Life	50.9±18.6	55.6±21.8	$t_{df=55} = -0.876$	.385 ^b

Note: Values represent count (percent), mean ± SD or median (inter-quartile range). **Statistic:** ^aFisher's Exact test, ^bIndependent samples Student's *t*-test, ^cPearson Chi-square test, ^dMann-Whitney test, ^estandardized score for the Mann-Whitney test. **Abbreviations:** CNZ = Clonazepam, PGT = Psychodynamic Group Therapy, LSAS = Liebowitz Social Anxiety Scale (self-report version), CGI-S = Clinical Global Impression Scale – Severity of Illness, BDI = Beck Depression Inventory, WHOQOL-Bref = World Health Organization Instrument to Assess Quality of Life (bref version), df = degrees of freedom. * Reported only for disorders present in at least 10% of each group.

Efficacy outcomes

Consistent with our hypotheses, we found that the PGT plus clonazepam group showed significantly greater improvement than the clonazepam group ($F=2.47$, $df=5$, $p=0.033$) in the CGI-I (Table 2). Also consistent with our hypotheses, there were no differences in the BDI between the groups. In contrast, we failed to find significant differences in the LSAS-SR and in the domains of WHOQOL-Bref (Table 3).

Using a CGI-I of 1 or 2 as the criterion for response, the difference in the response rate of PGT plus clonazepam versus clonazepam approached significance (79.3% vs. 53.6%, respectively; Fisher's Exact p -value=0.052). However, there were no significant difference between remission rate in PGT plus clonazepam and clonazepam treatment groups based on the LSAS total scores (10.3% vs. 3.6%; Fisher's Exact p -value=.611) or on the CGI-I score of 1 (31% vs. 25%; $p=.770$).

Drug dosage

Mean dosage over the study period was calculated by dividing the total number of milligrams taken during the study by the number of treatment days. The mean dose for the PGT plus clonazepam group was 1.29 ± 0.35 mg/d. ($t=1.849$, $df=55$, $p=0.07$). The mean dose for the clonazepam group was 1.48 ± 0.41 mg/d. The mean dose for the PGT plus clonazepam group at week-12 was 1.51 ± 0.525 mg/d. The mean dose for the clonazepam group at week-12 was 1.67 ± 0.53 mg/d ($t=1.1$, $df=55$, $p=0.3$).

Safety

There was no unexpected or serious adverse events. Adverse events were reported by a similar proportion of individuals in both treatment groups: 28 (96.6%) in the PGT plus clonazepam treatment group and 23 (82.1%) in the clonazepam treatment group (Fisher's Exact $p=.102$). Only one adverse event, decreased libido, was less evident in the combined treatment group ($p=0.012$). Most of the adverse events were mild in severity.

DISCUSSION

This study is the first to compare combined medication and PGT versus medication alone in the treatment of GSAD. Our findings suggest that PGT plus clonazepam may be a promising strategy for the treatment of GSAD, regarding gains in the global functioning as measured by the CGI-I. However there were no differences in the other outcome measures evaluated.

Table 2
 Linear mixed models of CGI-I comparing clonazepam versus clonazepam plus psychodynamic group therapy in generalized social anxiety disorder

Interventions	Assessment week						Effect size ^a		p-value ^b	
	Week 2	Week 4	Week 6	Week 8	Week 10	Week 12	Time	Treatment	Time *	Treatment
CNZ	3.2±1.1	2.9±1.1	2.5±1.2	2.4±1.1	2.3±1.1	2.5±1.3	0.58	<.001	.389	.033
CNZ+PGT	3.6±1.0	2.8±1.0	2.4±0.9	2.2±0.8	1.9±0.8	1.9±0.7				

Note: Values represented mean ± SD. *Abbreviations:* CNZ = Clonazepam. PGT = Psychodynamic Group Therapy. *Statistic:* ^a Week-2 to Week12; ^b Linear Mixed Models

Table 3
 Linear mixed models of LSAS, BDI and WHOQOL-Bref comparing clonazepam or clonazepam plus psychodynamic group therapy in generalized social anxiety disorder

	Baseline		Week 6		Week 12		p-values (η^2)		
	CNZ	CNZ+PGT	CNZ	CNZ+PGT	CNZ	CNZ+PGT	Time	Treatment	
	(n=28)	(n=29)	(n=28)	(n=29)	(n=28)	(n=29)	Time	Treatment	
Symptomatic scales									
LSAS	91.1±22.6	92±24.7	76.9±24.3	78.1±26.1	74.3±25.9	71.4±27.4	<.001	.965	.657
BDI	15.4±7.1	13.7±9.1	11.2±7.1	10±7.4	12.2±8.6	9.4±8.9	<.001	.298	.710
WHOQOL-Bref									
<i>Quality of life domains</i>									
Physical	56.4±14.6	59.8±16.4			60.8±14.9	62.7±16.2	.074	.462	.713
Psychological	46.0±13.1	52.7±16.2			51.0±15.7	57.5±17.2	.010	.081	.932
Social Relationship	47.0±20.9	47.4±19.6			49.1±22.5	52.9±21.5	.097	.687	.454
Environmental	47.6±14.1	54.7±16.3			47.9±13.8	56.3±16.6	.513	.047	.632
General Quality of Life	50.9±18.6	55.6±21.8			57.1±17.1	68.1±16.2	<.001	.083	.148

Note: Values represent mean ± SD. **Abbreviations:** CNZ = Clonazepam, PGT = Psychodynamic Group Therapy, LSAS = Liebowitz Social Anxiety Scale (self-report version), BDI = Beck Depression Inventory, WHOQOL-Bref = World Health Organization Instrument to Assess Quality of Life (bref version). **Statistics:** ^a Linear Mixed Models

Our results are the first to provide some preliminary support for an augmentation strategy to medication treatment for GSAD. To date, only one other published study has examined this question. Davidson et al. [16] conducted a randomized trial (N=295) to examine improvement in response rates with the addition of fluoxetine to CBT and found that, addition of fluoxetine resulted in less than 3% incremental improvement of the combined treatment group over the CBT group, suggesting that combined treatment did not yield any further advantage over CBT alone.

Our study adds to a growing literature suggesting possible benefit of combined treatment over monotherapy for anxiety disorders, for example, in a treatment trial for panic disorder comparing CBT, imipramine and their combination, Barlow et al. [5] found combined treatment superior to either monotherapy. Similar findings have been suggested by some authors for the treatment of chronic MDD [30,32]. On the other hand, a recent study [19] found no benefit of adding clomipramine to CBT in the treatment of obsessive-compulsive disorder, reinforcing the hypothesis of combined treatments not being systematically superior to monotherapy.

On other measures in our study, both groups similarly improved in specific symptomatic domains as measured by the LSAS, in the psychological domain and in the general measure of quality of life as measured by the WHOQOL-Bref. However, we did not detect statistically significant differences between the treatment groups. Failure to detect differences in general quality of life appears to be related to limited power, although no differences were detected between groups in any domain of WHOQOL-Bref, even in the social relationship domain. The reasons for the discrepancy between clinician-rated scales (CGI) and self-rated scales (LSAS-SR) are less clear and may represent differences in response perception between clinicians and patients, a finding previously documented in depression [30,32,54] or it may be accounted for the fact that the addition of PGT to clonazepam was more effective in decreasing the global functioning but not the SAD symptoms considered alone. Furthermore, although the LSAS-SR has good psychometric properties to assess severity of SAD cross-sectionally, it may be less sensitive to change than other outcome measures [10]. Future augmentation studies should compare the sensitivity to change of the LSAS-CR versus the LSAS-SR.

The mean maximum dose of clonazepam in our study was 1.35 mg/day in both groups, lower than the mean maximum dose of clonazepam in two prior studies. However, there were no differences in medication dose between groups. This dose (0.5-2.0 mg/day) was chosen to prevent adverse effects (e.g. daytime sleepiness, cognitive disturbances) that are more common with higher doses and may interfere with patient functioning [14,58]. Consistent with this intent, clonazepam was well tolerated. We are aware of the fact that by limiting clonazepam dose we provided only an attenuated form of clonazepam treatment. Consistent with this, response to clonazepam was smaller than that reported in prior studies using higher doses.

Our study has some limitations. First, our study had a relatively small sample size, limiting our power to detect significant results in certain measures. Second, this sample was composed of treatment-seeking patients who had GSAD with some restrictions at the enrollment phase (e.g., no severe depressive symptoms) and therefore our results may not be generalized to all patients with GSAD. Third, our study lasted only 12 weeks, a relatively short treatment period for a condition as chronic as GSAD. It is possible that longer periods of psychotherapy may be needed to obtain the full benefit of PGT for GSAD [47]. Also, due to its pilot nature, the study did not include a CBT arm, precluding a direct comparison of this treatment. There is a potential bias from the potentially single-blind assessment. Furthermore, it is possible that the relatively superiority of PGT could be due to nonspecific effects such as increased attention, or a natural process of exposure inherent to any group therapy.

Despite these limitations, our study suggests that the addition of PGT may be a promising augmentation strategy to clonazepam with some gains in the global functioning of patients with GSAD.

Future studies should investigate the effect of longer treatment periods, examine the efficacy of combining PGT with different medications, and compare PGT versus CBT as a strategy for the treatment of GSAD.

CONCLUSION

This study provides empirical information of a relatively understudied and novel approach that has possible benefits regarding the global functioning of those suffering from GSAD.

ACKNOWLEDGMENTS

This research was partially supported by the FIPE-HCPA, CNPq and by NIH grants DA00482, DA020783 and DA019606 (Dr. Blanco).

REFERENCES

- [1] Alnaes R. Social phobia: research and clinical practice. *Nord J Psychiatry* 2001;55(6):419-25.
- [2] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- [3] Amorim P. Mini international neuropsychiatric interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(3):106-15.

- [4] Baker SL, Heinrichs N, Kim HJ, Hoffmann SG. The Liebowitz social anxiety scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis. *Behav Res Ther* 2002;40(6):701-15.
- [5] Barlow DH, Gorman JM, Shear KM, Woods SW. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: a randomized controlled trial [published erratum appears in *JAMA* 2000;284(19):2450 and *JAMA* 2001;284(20):2597]. *JAMA* 2000;283(19):2529-36.
- [6] Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:567-71.
- [7] Blanco C, Schneier F, Schmidt A, Blanco-Jerez C, Marshall R, Sánchez-Lacay A, Liebowitz M. Pharmacological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Depress Anxiety* 2003;18(1):29-40.
- [8] Callahan KL, Price JL, Hilsenroth MJ. A review of interpersonal-psychodynamic group psychotherapy outcomes for adult survivors of childhood sexual abuse. *Int J Group Psychother* 2004;54(4):491-519.
- [9] Connor KM, Davidson JR, Potts NL, Tupler LA, Miner C. Discontinuation of clonazepam in the treatment of social phobia. *J Clin Psychopharmacol* 1998;18(5):373-8.
- [10] Cox BJ, Ross L, Swinso RP, Dorenfeld DM. A comparison of social phobia outcome measures in cognitive-behavioral group therapy. *Behav Modif* 1998;22(3):285-97.
- [11] Crestana T, Hauck S, Almeida EA, Momback CK, Campos CP, Pereira MP, et al. Instrumento para avaliação de sessões de psicoterapia analítica. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;29(Supl. esp.):S62.
- [12] Davidson JR, Ford SM, Smith RD, Potts NL. Long-term treatment of social phobia with clonazepam. *J Clin Psychiatry* 1998;52(Suppl):16-20.
- [13] Davidson JR, Moroz G. Pivotal studies of clonazepam in panic disorder. *Psychopharmacol Bull* 1998;34(2):169-74.
- [14] Davidson JR, Potts N, Richichi E, Krishnan R, Ford SM, Smith R, et al. Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *J Clin Psychopharmacol* 1993;13(6):423-8.
- [15] Davidson JR. Pharmacotherapy of social anxiety disorder: what does the evidence tell us? *J Clin Psychiatry* 2006;67(Suppl 12):20-6.
- [16] Davidson JRT, Foa EB, Huppert JD. Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(10):1005-13.
- [17] Fedoroff IC, Taylor ST. Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. *Behav Ther* 2001;23:695-720.
- [18] Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. O instrumento de avaliação de qualidade de vida abreviado da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-breve): Aplicação da versão em português. *Rev Saúde Pública* 2000;34(2):178-83.

- [19] Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, Davies S, Campeas R, Franklin ME, et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162(1):151-61.
- [20] Fonagy P, Roth A, Higgitt A. Psychodynamic psychotherapies: evidence-based practice and clinical wisdom. *Bull Menninger Clin* 2005;69(1):1-58.
- [21] Frances A, Nemiah JC. Which psychodynamic therapy for painfully shy patient? *Hosp Comm Psychiat* 1983;34(12):1111-7.
- [22] Fresco DM, Coles ME, Heimberg RG, Liebowitz MR, Hami S, Stein MB, et al. The Liebowitz social anxiety scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychol Med* 2001;31(6):1025-35.
- [23] Freud S. The interpretation of dreams. In: Strachey J, editor. *The Standard Edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press; 1953. p. 1-627.
- [24] Gabbard GO. Psychodynamics of panic disorder and social phobia. *Bull Meninger Clin* 1992;56(Suppl A):3-13.
- [25] Gould RA, Buckminster S, Pollack MH, Otto MW, Yap L. Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: a meta-analysis. *Clin Psychol Sci Prac* 1997;4:291-306.
- [26] Guy W. *Assessment manual for psychopharmacology*. US Government Printing Office; 1976.
- [27] Heimberg RG, Dodge CS, Hope DA, Kennedy CR, Zolo LJ. Cognitive behavioral group treatment for social phobia: comparison with a credible placebo control. *Cognit Ther Res* 1990;14:1-23.
- [28] Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, Holt CS, Welkowitz LA, et al. Cognitive behavioral group therapy vs. phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55(12):1133-41.
- [29] Hidalgo RB, Barnett SD, Davidson JRT. Social anxiety disorder in review: two decades of progress. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2001 Sep;4(3):279-98. Review.
- [30] Hollon SD, Jarrett RB, Nierenberg AA, Thase ME, Trivedi M, Rush AJ. Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment? *J Clin Psychiatry* 2005;66(4):455-68.
- [31] Kaufman RM. A clinical note on social anxiety. *Psychoanal Rev* 1941;28:72-7.
- [32] Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ, et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression [published erratum appears in *N Engl J Med* 2001 Jul 19;345(3):232. *N Engl J Med* 2000;342(20):1462-70.

- [33] Knijnik DZ, Kapczynski FP, Chachamovich E, Margis R, Eizirik CL. Psychodynamic group treatment for generalized social phobia. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(2):77-81.
- [34] Lanza M. Assaultive behavior intervention in the Veterans Administration: psychodynamic group psychotherapy compared to cognitive behavior therapy. *Perspect Psychiatr Care* 2002;38(3):89-97.
- [35] Leichsenring F, Weissberg M, Leibing E. Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy, and indications. *Am J Psychother* 2006;60(3):233-59.
- [36] Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:1208-16.
- [37] Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? *Int J Psychoanal* 2005;86(Pt 3):841-68.
- [38] Liebowitz MR, Mangano RM, Bradwjen J, Asnis G. A randomized controlled trial of venlafaxine extended release in generalized social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2005;66:238-47.
- [39] Liebowitz MR. Social phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 1987;22:141-73.
- [40] Lipsitz JD, Gur M, Vermes D, Petkova E, Cheng J, Miller N, et al. A randomized trial of interpersonal therapy versus supportive therapy for social anxiety disorder. *Depress Anxiety* 2008; 0:1-12.
- [41] Lipsitz JD, Marshall RD. Alternative psychotherapy approaches for social anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2001;24(4):817-29.
- [42] Malan DH. *The frontier of brief psychotherapy*. New York: Plenum; 1976.
- [43] Milrod B, Leon AC, Busch F, Shapiro T, Aronson A, Roiphe J, et al. A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *Am J Psychiatry* 2007;164(2):265-72.
- [44] Montgomery SA. Implications of the severity of social phobia. *J Affect Disord* 1998;50(Suppl 1):17-22.
- [45] O'neil MK. Psychodynamic group treatment of young adult bulimic women: preliminary positive results. *Can J Psychiatry* 2007;32(2):153-5.
- [46] Otto MW, Pollack MH, Gould RA, Worthington JJ, Mcardle ET, Rosenbaum JF. A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. *J Anxiety Disord* 2000;14(4):345-58.
- [47] Quitkin FM, Rabkin JD, Markowitz JM, Stewart JW, Mcgrath PJ, Harrison W. Use of pattern analysis to identify true drug response. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44(3):259-64.

- [48] Robinson H, Hood S. Social anxiety disorder: a review of pharmacological treatments. *Cur Psych Rev* 2007;3(2):95-122.
- [49] Rodebaugh TL, Holaway RM, Heimberg RG. The treatment of social anxiety disorder. *Clin Psychol Rev* 2004;24(7):883-908.
- [50] Rowa K, Antony MM. Psychological treatments for social phobia. *Can J Psychiatry* 2005;50(6):305-07.
- [51] Schneier FR. Social anxiety disorder. *N Engl J Med* 2006;355(10):1029-36.
- [52] Seedat S, Stein MB. Double-blind, placebo-controlled assessment of combined clonazepam with paroxetine compared with paroxetine monotherapy for generalized social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004 Feb;65(2):244-8.
- [53] Shapiro T. The concept of unconscious fantasy. *J Clin Psychoanal* 1992;1:517-24.
- [54] Stewart JW, Garfinkel R, Nunes EV, Donovan S, Klein DF. Atypical features and treatment response in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Clin Psychopharmacol* 1998;18(6):429-34.
- [55] Vaughan SC, Marshall RD, Mackinnon RA. Can we do psychoanalytic outcome research? A feasibility study. *Int J Psychoanal* 2000;81(Pt 3):513-27.
- [56] Verbeke G, Molenberghs G. *Linear mixed models for longitudinal data*. New York: Springer; 2007.
- [57] Versiani M, Nardi AE, Figueira I, Menlowics M, Marques C. Double-blind placebo controlled trial with bromazepam in social phobia. *J Bras Psiq* 1997;46:167-171
- [58] Versiani M, Nardi AE, Petribu KL, Figueira I, Marques C. Clonazepam in social phobia. *J Bras Psiq* 1997;46:103-8.
- [59] Wilberg T, Karterud S, Pedersen G, Urnes O, Irion T, Brabrand J, et al. Outpatient group psychotherapy following day treatment for patients with personality disorders. *J Personal Disord* 2003;17(6):510-21.
- [60] Zaider TI, Heimberg RG. Non-pharmacologic treatments for social anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2003;417:72-84.
- [61] Zerbe KJ. Uncharted waters: psychodynamics considerations in the diagnosis and treatment of social phobia. *Bull Meninger Clin* 1994;58 (Suppl A):A3-20.

7.2 ARTIGO 2 – Psychodynamic group therapy for social anxiety disorder: a pilot effort to manualize treatment*

Daniela Z. Knijnik, M.D.^a, Carlos Blanco, M.D. Ph.D.^b, Carolina Moraes, M.D.^c,
Giovanni A. Salum Jr.^d, Cláudio L. Eizirik, M.D., Ph.D.^e

- ^a Psychiatrist. Member of the Post Graduate Program in Medical Sciences: Psychiatry. School of Medicine, Universidade Federal do Rio Grande do Sul and member of the Anxiety Disorders Program, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
- ^b Psychiatrist at Columbia University and New York State Psychiatric Institute, NY, United States of America.
- ^c Psychiatrist of the Anxiety Disorders Program, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Department of Psychiatry, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil.
- ^d Medical School of the Federal University of Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil.
- ^e Psychoanalyst and President of the International Psychoanalytic Association. Member of the Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre, SPPA, Brasil. Professor at the Postgraduate Program in Medical Science, Psychiatry, Federal University of Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil.

Abstract: The present article covers some basic theoretical principles of psychodynamic therapy for Social Anxiety Disorder (SAD), followed by a summary psychodynamic formulation of SAD. The authors present clinical examples (based on actual cases modified to protect anonymity to illustrate each topic). A manualized, short-term psychodynamic group therapy (PGT) specifically developed for SAD is presented. Its conceptual orientation is psychoanalytic, adapted from Malan's focused, short-term psychotherapy, and from the clinical experience of the authors. A brief overview of PGT for SAD and comments on technical difficulties and solutions are also offered.

Key words: Social phobia, psychodynamic therapy, short-term therapy, psychoanalytic therapy, empirically supported treatments.

INTRODUCTION

Social anxiety disorder (SAD), also known as social phobia, is a chronic psychiatric disorder of adolescent onset with lifetime consequences and significant economic costs, often leading to long-term disability in the social, work, and family domains, and decreased quality of life (Grant et al., 2005; Schneier, 2006). In its generalized form (GSAD) it may seem to be a type of extreme shyness or variant of avoidant personality disorder and enduring and resistant to change (Robinson & Hood, 2007).

Treatment strategies for GSAD have focused on psychotherapy, mainly Cognitive Behavioral Therapy (CBT) (either individual or group) and pharmacotherapy (Rowa & Antony, 2005) with similar benefits (Zaider & Heimberg, 2003) in the short-term. In recent years there have been several advances in the psychological treatments of GSAD as researchers have begun to look at combined treatments for this disorder as well as new and innovative treatment strategies (Rowa & Antony, 2005), given that response rates are far from satisfactory (Zaider & Heimberg, 2003; Davidson et al., 2004; Lipsitz & Marshall, 2001).

The efficacy of psychological treatments for GSAD has been addressed in several reviews (Chambless et al., 1998; Chambless & Ollendick, 2001; DeRubeis & Crits-Christoph, 1998; Roth & Fonagy, 2006). To date, very little empirical work has been conducted using non-CBT approaches, such as psychodynamic psychotherapy (Lipsitz & Marshall, 2001; Leahy et al., 2005; Alnaes, 2001; Leichsenring, 2004; 2005^a). Psychoanalytic approaches have tended to be more broadly applied to generalized diagnosis of character neuroses, without specifications or modifications of treatment techniques for particular disorders (Busch, Mildrod, & Singer, 1999).

While treatment manuals have been developed for psychodynamically oriented individual therapy for Generalized Anxiety Disorder (Crits-Cristoph et al., 1995; Leichsenring et al., 2005^b), Panic Disorder (Milrod et al., 1997) and SAD (Leichsenring et al., 2007), to date, no manual for a psychodynamic group treatment of GSAD exists. We address this need by describing a manual for a short-term psychodynamic group therapy (PGT).— Its conceptual orientation is psychoanalytic, adapted from Malan's focused, short-term psychotherapy in which the author tries to understand each case focusing the treatment in— the main conflict identified connecting past and present in the formulation of a specific focus, and the previous clinical experience of the authors.

This therapy, PGT, was used in two clinical trials conducted by our group, one evaluating the efficacy of PGT in patients with GSAD (Knijnik et al., 2004) and the other comparing a combined treatment, PGT plus clonazepam, with clonazepam alone as an augmentation strategy for GSAD patients (Knijnik et al., *In press*).

BASIC PRINCIPLES AND THEORY OF PSYCHODYNAMIC THERAPY

Even practicing in the context of impressive advances in the neurosciences and having to integrate psychoanalytic insight with biological understanding of illness, psychoanalysts and dynamic psychiatrists are still guided by a handful of time-honored principles derived from psychoanalytic theory and technique that give psychodynamic therapy its unique character (Gabbard, 1994^{a,b}; Eizirik, 2006). In this section we review some basic defining principles of psychodynamic therapy that guide PGT for GSAD.

The unconscious and psychic determinism

The symptoms of GSAD are considered to be the external disguised manifestations of unconscious processes that entail unacceptable and censored wishes, feelings, fantasies (Shapiro, 1992), and impulses (mainly aggressive, critical, exhibitionistic and competitive in patients with GSAD), that are defended against through repression so that the underlying conflicts remain alive and active.

Clinical example

In this clinical example it is shown that within the concept of psychic determinism, there is room for choice. In the third psychodynamic group session, P., a 20-year-old male, diagnosed with GSAD, a mechanic who worked at a garage, whose symptoms were preoccupation with the thought that his supervisor was critical of him and a general inhibition when thinking of his supervisor.

In the course of PGT, it emerged that P. had the unconscious fantasy that his father was never as close to him as he felt the father was to his siblings. Through the treatment, he was gradually able to remember the lack of dialogue between him and his father. He always felt frustrated, believing that he was not the person his father wanted him to be, and that when he went out with his friends, his father did not like it. The therapist helped P. recognize that feelings of inferiority were triggered in him every time the patient believed his supervisor was staring at him for evaluation purposes. The therapist also helped P. become aware of the connection between GSAD symptoms and his feeling of being judged, in the past by his father, projected into his supervisor in the present. Acceptance by the supervisor represented a feeling of compensation of his fantasy of being rejected by his father.

His difficulty in social interaction was related to his difficulty in communicating with his father, who used to avoid him at home. His symptoms of GSAD improved during the 12-week group therapy, as he was able to bring this conflict into consciousness. He was able to work much better than before when watched by his supervisor, without a constant feeling of being judged. He also felt more like a real adult, rather than like a

young boy conflicted between a desire to be loved by his father and the painful feeling of being rejected by him something that was described by Luborsky's (1984) as a core conflictual theme. He experienced this rejection as a failure to meet his father's expectations. Unable to solve this conflict, P. unconsciously repeated it in all his other relationships, especially feeling rejected by figures of authority which was manifested through inhibition. The fact of exposing his conflict in the group setting might have provided a positive impact on his improvement.

Transference

Group therapy allows the formation of multiple transferences: the patient's transference to the therapist and to other group members and transference to the group as a whole. In the group setting qualities of the object relations of each patient and feelings associated with them will be attributed to the therapist as well as to the group members. In this sense, transference represents therapeutic material which needs to be understood (Gabbard, 1994^a). The therapist must be particularly alert to each patient's feelings of shame. The patients may anticipate that the therapist will be as critical and rejecting of him as he expects others will be. This can be used as an opportunity to explore an early transference reaction from each patient to the therapist and other group members and to examine each patient's reaction that might be experienced toward the therapist and other group members (Gabbard, 1994^d).

In psychodynamic therapy sibling rivalry and transference wish to be the therapist's favourite patient are common. However, in group therapy this issue may appear more prominently (Yalom, 2005).

Clinical example

In the fifth psychodynamic group session, the therapist was delayed for 15 minutes on her way to the hospital. She called the secretary and asked her to tell the patients she would be late. The same patient of the first clinical example, P., whose treatment focus was a lack of attention from his father since his youth, decided not to wait. He did not attend the sixth session. He came the session after and said nothing about that episode but mentioned having had a hard time regarding somatic symptoms, like blushing, tachycardia and mind going blank with his colleagues at work. It was understood that P. was repeating in his current group experience a pattern of relationship that began with the infantile experience with his father. During that meeting the therapist was able to show P. that some aspects of his relationship with his father were unconsciously ascribed to his current relationship with her and also with the group. Specifically, P. was reexperiencing the feeling of lack of attention from his father in the therapist's delay, feeling that the therapist was neglecting him, a manifestation of transference.

Compromise formation

Conflict produces signal anxiety, which results in defense, which leads to a compromise between the id and the ego. The symptom, in the following clinical example, reflects the core psychodynamic concept known as compromise formation; i.e., it contains both the direct expression of an underlying wish and a defense against that wish (Brenner, 1982). As with other psychological symptoms, from a psychodynamic point of view, GSAD is a symptom of a conflict and also represents a compromise formation. Individuals with GSAD are conflicted about the wish to exhibit their sexual or aggressive urges, thus GSAD, according to Leahy et al. (2005) can be both an expression of the conflict and a punishment for wishes underlying it as well as wishes of dependency needs or needs for relationship as in the case of the 20 year old man described above. Avoidance of social situations contributes to avoidance of the conscious experience of these wishes. Similarly, anxiety and avoidance punish the individual for angry feelings and fantasies. Efforts at idealization of self or others attempt to ward off painful feelings of low self-esteem but then add to the potential for disappointment.

Clinical example

S. is a 37 year old woman. When she was younger she felt very embarrassed when friends came visit her parents. She always experienced her parents as very cold and distant, her father as a neglectful figure in her life and her mother as always critical and furious at her.

On one occasion, when she was 2 years old, and she and her family had recently moved from another town, her mother wanted to introduce her to a group of friends. The patient had just learnt how to walk alone, and when the mother opened the door and her friends started coming into their living room and greeting S., the patient seemed frightened to see so many people. She suddenly stopped walking and went back to crawling for the next 6-12 months.

In the twelfth week of group therapy, S. could clearly understand the relationship between the conflict (a desire of being admired when walking versus the fear of losing her mother's care) and the symptom (severe anxiety). She became even more convinced that social situations such as establishing eye contact, starting a conversation, introducing herself in a group setting would trigger her anxiety symptoms. During the 12 weeks the therapist pointed out the use of regression and displacement as defense mechanisms, meaning that aggression at her mother and father was being projected in various social situations, especially those with stronger interactive components.

Defense mechanisms and defense styles

Defense mechanisms are classically seen as processes that regulate affective states. The ego controls access to consciousness and, through repression, divorces itself from any association with instinctual impulses from the id. Because these impulses are unacceptable, it censors both the impulse itself and the corresponding intrapsychic representation (Freud, 1936; Freud, 1959). In GSAD, a repressed instinctual wish or impulse may still find expression in a symptom, although it is likely to be displaced and disguised by the time it reaches symptomatic manifestations.

Defensive styles are considered an important dimension of the personality structure of an individual (Blaya, Kipper, Blaya & Manfro, 2003). They have been related to maturity, health and life adaptiveness (Vaillant, 1971). Several new approaches to the understanding of defense mechanisms have recently been proposed and investigated empirically. Vaillant (1971) stated that defense mechanisms are arranged along a continuum, from immature to mature defenses, and are used by all individuals regardless of their psychopathology. However, psychiatric patients present defense patterns that are more maladaptive than those observed in controls (Kipper et al., 2004; Bonsack, Despland, & Spagnoli, 1998). The neurotic defenses seem to be associated with anxiety diagnoses, and immature defenses seem to be related to both anxiety and mood disorders (Kipper et al., 2004; Hoglend & Perry, 1998). In a systematic study (n=350) using the the Defense Style Questionnaire 40 (DSQ-40) Blaya et al. (2004) compared the defense mechanisms of controls to those of depressive and anxious patients without comorbidities and found that the defense mechanisms of displacement, projection and avoidance are most commonly used by GSAD patients, consistent with the findings of previous studies (Nemiah, 1981; Andrews & Pollok, 1989).

It has been suggested that knowledge of the different defensive patterns can facilitate patient treatment, stating that anxiety disorder patients who have more adaptive defense mechanisms respond to minimal interventions. However, in a recent study (Heldt et al., 2003) the authors also stated that patients whose defense mechanisms are more neurotic and immature may require additional treatment.

Clinical example

M., a 23-year old man, in medical school, developed GSAD symptoms at the age of 8 of severe blushing, tachycardia, mind going blank and voice trembling when interacting with his supervisor and colleagues at rounds or when speaking in public, which caused major social impairment in medical school. M. stated that he grew up with his older brother and younger sister, since his parents worked all day. He felt a lot of pressure from his older brother, who liked to be in a dominant position in their relationship and was verbally and physically aggressive towards him. He was supposed to obey and he felt very small when his brother became aggressive.

He remembered his brother as a strong big boy who threatened to retaliate if he reported his cruel behavior to their parents. M. felt progressively smaller and, over time, he decided to keep quiet and remembered becoming a shy, scared young boy. During the 12 weeks of treatment it emerged that his father was an absent male figure at home. His mother was also absent and his younger sister was also shy. The only figure present in his life was his aggressive older brother, who represented the father figure at home. During treatment, the patient began to become aware of the intense rage and angry feelings toward his father for having left him home alone with a shy sister and an angry brother. This led him to a denial of these feelings and a projection of the anger and fear to his medical school teachers and colleagues. He complained of difficulties in understanding the reason why his brother acted so aggressively.

Understanding his anger and its connection with the symptom of intense fear in social situations helped him become more assertive in meetings and rounds, he was also able to express his opinion or disagreement without the fear of being negatively judged.

The fact that others in the group setting have similar problems allows each patient, through identification, to experience a multiplying effect in several opportunities of conflict elaboration and anger understanding over the 12 weeks of group therapy.

A SUMMARY PSYCHODYNAMIC FORMULATION OF GSAD

Clinical work suggests that certain peculiar internal object relationships are characteristic of individuals with GSAD. Specifically, these patients have internalized representations of parents, caretakers, or siblings, who shame, criticize, ridicule, humiliate, abandon, and embarrass them (Gabbard, 1992^c; Zerbe, 1994). These introjects are established early in life and then repeatedly projected onto persons in the environment who are then avoided, for fear of their being critical and rejecting.

We can understand GSAD both stressing the importance of conflict defense as well as emphasizing object relations. While these patients may have a genetic predisposition to experience others as hurtful, positive experiences can mitigate those effects to some extent which makes it important to consider both insight and the therapeutic relationship as factors of change. It is as though a genetically programmed template is present at birth. To the extent that caretakers behave like the programmed template, the individual will become increasingly fearful of others and develop GSAD (Gabbard, 1992^c).

In patients with GSAD, anger is threatening due to fear of rejection by important attachment figures. Then, anger and disdain for others are typically denied and projected onto others in order to avoid acknowledging these feelings (Gabbard, 1992^c; Zerbe, 1994). However, with this projection, the patient views others as critical and rejecting

of him, triggering social anxiety. Additionally, patients experience guilt about their anger at others for being critical and rejecting, and for their own aggressive yet denied wishes for attention. Social anxiety can serve as a punishment for this guilt (Leahy et al., 2005).

In addition to conflicts with the experience of anger, socially anxious patients struggle with intense feelings of inadequacy.

When these forbidden aggressive or sexual thoughts that might lead to retaliatory punishment threaten to emerge from the unconscious, signal anxiety is activated, which leads to the deployment of three defense mechanisms – displacement, projection, and avoidance (Nemiah, 1981). These defenses eliminate the anxiety by once again repressing the forbidden wish, but the anxiety is controlled at the cost of originating GSAD.

Clinical example

An example of this diffuse sense of worry originating in a repressed wish that could be cured with psychotherapeutic intervention is provided by a clinical example of a 33-year old patient with the diagnosis of GSAD. J. was the eldest brother of 5 children raised by his mother. His father neglected them, drank heavily and often engaged in physical fights with their mother at home. From the beginning of treatment, he related his childhood history to his current anxiety symptoms. They were all abandoned by his father on a Christmas Eve. Because of his father's absence from home, the patient alternated between intense anger and rage, and a feeling of being responsible for what his father had done.

The same clinical example can help us provide a brief illustration regarding focus formulation which means determining the symptoms, defenses and conflicts in order to achieve psychodynamic comprehension. Throughout therapy, it was clear that his relationship with his mother was intense and it possibly made him become a workaholic at a young age, in an attempt to control his anger toward his father figure and to substitute him. His symptoms of social anxiety began by the age of 10, immediately after they were abandoned by his father. In one of the sessions, J. told the group that even though his father was a good swimmer he had always been afraid of swimming in the sea. During a summer vacation, the father took both his sister and him and went all the way into the sea, against their will. He remembered feeling very frightened by the big waves and suddenly the waters were so deep that his father had a hard time protecting them. Again, his anger at his father appeared in a session. The unconscious conflict was identified and the focus of his therapy was established: a desire to take his father's place versus a fear of being drowned by his father.

PSYCHODYNAMIC GROUP THERAPY FOR GSAD OPERATING FORCES

Group format

The group meets once a week for 12 weeks. Each session lasts 90 minutes. The number of patients varies from 8 to 10 per group. Patients of both genders are included in the group. The group is closed. Although we have not examined this issue systematically, based on clinical experience, we believe that group composition powerfully influences the quality of interaction among group members and thus treatment outcome. PGT groups are heterogeneous in terms of age, gender and conflicts of the members to encourage a rich group interaction, but homogeneous regarding diagnosis of GSAD, the presence of a focal issue to discuss and the level of frustration its members can cope with. Members isolated from the rest of the group are likely to find the experience threatening.

Psychodynamic group therapy phases

Preparation for the group experience is a crucial aspect for GSAD patients. Patients do best in a group setting when they are provided with a structure to help them participate effectively. Ideally, initial misconceptions, unrealistic fears and treatment expectations should be addressed and clarified and a therapeutic alliance established (Knauss, 2005).

Based on the published literature review and our previous clinical experience (Eizirik & Kapczinski, 1991; Knijnik et al., 2004), we considered that the following two phases within its characteristics would help deliver PGT in a manner consistent with its conceptualization:

- *Phase I* includes two individual evaluation interviews with the group therapist to obtain a psychiatric and developmental history, to address the diagnosis of GSAD, to assess group composition and to conceptualize each patient's focus through a careful elaboration of a dynamic formulation of each patient's core conflict, named focus formulation.
- *Phase II* comprises 12 group sessions, divided into sessions 1-3 (address focus formulation), sessions 4-10 (establish the relationship between symptoms and conflicts) and session 11-12 (discuss issues related to treatment termination).

Conceptual orientation

The conceptual orientation of PGT is psychoanalytic, based on the hypothesis that recurrent and unconscious internal conflicts are connected to the symptoms of

GSAD. The primary object of PGT is to enhance the patients' insight about recurrent conflicts. The psychotherapeutic technique applied in PGT was adapted from Malan's (1976) focused, short-term psychoanalytic therapy, using some suggestions from Malan and the previous clinical experience of the authors (Eizirik, Wilhelms, Padilha, & Gauer, 1998). Malan's main contributions include the relevance of motivation, focalization and the use of selective attention to a main area of conflict of the life of the patient. Eizirik & Kapczinski (1991) in previous contributions described the relevance of connecting symptoms with specific conflicts and the importance of transference and counter-transference. The group setting works as a scenario for enactment of each patient specific conflict the group's dynamic and the therapist aims to show this connection. PGT uses a more individual-centered approach (Wolf, 1983) where the process is conceptualized as similar to individual psychotherapy and psychoanalysis in a group setting. The group process itself is relatively less important than interpretation of the individual's difficulties in dealing with the other group members and with the therapist. Of course there are common group experiences shared by everyone that deserves interpretation (Gabbard, 1994^d).

In short, our view is that therapy change occurs largely thru insight based on the therapist's interpretations but also takes advantage of the emotional experience offered by the group setting.

Clinical Vignette

B., a 30 year old woman, developed a severe fear of interacting with people at work. Whenever a colleague at work came to her and said "good morning" she experienced intense anxiety and blushing. When forced to confront any social interaction situation, her face would become completely red and she would stumble over her words and also would not be able to complete a sentence.

In a group session, another group member did not recall her name and wanted to mention something about her. When he asked the therapist, and not her, what her name was, her face became red, she did not say a word and started to hide her face and cry. The whole group remained in silence for several minutes. The therapist said to the group:

T: What is each one of you feeling in this situation?

B.: I feel completely ridiculous, because it is not normal to get this red even here in the group where we are all victims of the same problem. I find it impossible to communicate with people, but that is ok, someday I will get over it... he simply asked me what my name is and I froze.

T: What did you feel when R. mentioned something about you?

B.: I don't know.

T: Try to think for a while, what comes to your mind?

B.: (Crying) that when I was a little girl and was responsible for taking care of my younger brother, during the day, while my parents went to work I felt bad about it. I never understood what exactly my mother expected from me...and every night when she came home she would open the door and call me, and the first question was always regarding my brother, not me.

T: So you had to take care of him when you were also a little girl. How old were you then?

B.: 7, 8, 9...and even now that both of us are grown up and live here in Porto Alegre, only the two of us, I feel the same about him.

T: How do you feel about him?

B.: Responsible but unable to take care of him.

T: So you had to take care of him while your parents were out working. I wonder if when you were mentioned in the group you felt, as in the past, responsible for answering without being able to do so.

B.: Maybe yes...participating here in the group and mainly having their attention called to me is the same as feeling responsible for my brother and having to answer my mother about my performance during the day.

The vignette above is the sixth session of our first clinical trial (Knijnik et al., 2004). It exemplifies the basic understanding of GSAD and its application to a patient's personal history and it demonstrates the relation of the patient's internalized relationship to the mother (feeling dismissed or playing 'second fiddle' to the younger sibling) and her blushing in the group.

The therapist uses mainly individual extra-transference interpretations and also takes advantage of the group dynamics to formulate transference interpretations in order to increase partial insights.- It can be seen that B., in a sense, is enacting her conflicts in the group setting, and the therapist tries to show her, as well as the group as a whole, how each new situation might represent the relief of a specific situation that is possibly linked to the current symptom. B., in her communications to the group, at the end of the session, seems to understand this kind of connection.

A BRIEF OVERVIEW OF PSYCHODYNAMIC GROUP THERAPY FOR GSAD AND ITS TECHNIQUES

From sessions 1-12 the therapist's intervention is to identify unconscious thoughts and conflicts possibly connected to the symptoms of GSAD, and carefully try to bring them into consciousness. Also, focus conceptualization and focus elaboration are addressed through questioning, clarification and extra-transference psychodynamic interpretation. These interpretations are provided by the therapist and may promote insights that can lead to psychic changes, and self-recognition of the patient's defense

mechanisms, which might be discussed in the group setting. Through focal interpretations, patients may cope better with the feared situations.

The therapist explores each patient's fears upon entering a group setting, and why the patient may find it difficult to confront these fears. This inquiry often aids or encourages the patient to confront GSAD symptoms directly. Whenever possible, the therapist searches for common aspects among the patients and emphasizes conflictual situations that underlie phobic symptoms. Special attention is given to resistance and role distribution in the group setting and to the therapist's counter-transference. The therapist must also pay special attention to the development of basic assumptions in order to interpret and examine them.

In sessions 1-3, the focus formulation through the description of each patient's personal history (most significant aspect) to the other members of the group is addressed. Patient participation is encouraged right from the beginning of treatment. The therapist actively asks questions about their current and past experiences and encourages them to elaborate their feeling of GSAD; ideally both the therapist and the patients working together arrive at a group formulation.

During sessions 4-10, the relationship between symptoms and conflicts is interpreted and specific individual situations are examined, trying to identify common conflicts among group members and to the group as a whole and specifically to each patient. The therapist offers tentative interpretations trying to connect current symptoms with previous emotional experiences and seeks to establish possible links between a previous conflictual experience and the current clinical picture, while relating it to the focus of the treatment as formulated in sessions 1-3.

In sessions 11-12, treatment termination and separation anxiety interpretation are addressed, progress is reviewed and possible gains consolidated. The therapist encourages the patients to express these specific issues and to share their current feeling about their experiences in group therapy.

INDICATIONS FOR PSYCHODYNAMIC GROUP THERAPY

PGT is indicated for GSAD patients who have an explicit motivation to change their relationship pattern and do not merely seek relief of their symptoms. Patients need to be able to tolerate the moderate levels of anxiety and frustration that might arise during psychotherapy; establish contact with group participants; have had at least one significant interpersonal relationship during childhood (Busch et al., 1999; Yalom, 2005).

TREATMENT ADHERENCE

For the assessment of fidelity to the manual we suggest monitoring group sessions through transcriptions. Adherence to the manual and to psychoanalytical concept can

be evaluated using structured instruments. To assess adherence to the manual we recommend that two independent raters evaluate whether the therapist followed the manual properly (sessions 1-3 – address focus formulation; sessions 4-10 – establish the relationship between symptoms and conflicts; sessions 11-12 – discuss issues related to treatment termination). To assess adherence to the psychoanalytical concept of PGT developed by D.Z.K, we recommend that two independent raters evaluate the sessions through transcriptions and provide blind ratings using a structured instrument called Instrument for Evaluation of Psychoanalytical Psychotherapy Sessions – Group version (IEPPS-G) (Crestana et al., 2007) found to be reliable between raters and capable of distinguishing PGT from another form of therapy.

The IEPPS-G was developed in our center to evaluate the psychoanalytical basis of therapeutic sessions. It is a 6-item instrument 5-point Likert scale, ranging from 6 to 30, with higher scores representing a higher psychoanalytical construct. The instrument evaluates therapist neutrality, therapeutic interventions, quality of the interpretations and timing, transference, counter-transference and the atmosphere of the session. A cutoff point of 17 has been suggested to identify and classify the group sessions as being psychoanalytical.

TECHNICAL DIFFICULTIES AND SOME SOLUTIONS

From a psychoanalytic point of view, the main risk associated with this technique is that it can weaken the patient's defenses and give rise to anxieties that may be difficult to address in a short-term therapy. On the other hand, considering that this is a focused treatment, it may help patients to take a broader look at their GSAD symptoms and perhaps, with a better understanding of their conflicts, try to face new situations with less distress.

It is clear that the psychoanalytical approach depends on insights which are acquired over time. A fundamental concept in psychoanalysis is the process of working through. It is possible that long-term psychodynamic therapy would allow for a proper working through of the conflicts uncovered, at least partially in GSAD patients. Also, it can be argued that psychodynamically oriented treatments would take longer periods to present their therapeutic effects. Therefore, from the therapist's point of view this technique is challenging because it requires accepting the goals of a short-term therapy and refraining from attempting to achieve larger objectives. We are aware of the fact that in this kind of therapy we can offer just a first and fragmentary approach to the understanding of the underlying conflicts.

Another technical difficulty appears with patients who feel embarrassed to share their feelings in the group setting since this reproduces the very social situation in which they are inhibited. On the other hand, when they succeed it might be felt as a helpful experience.

Also, special attention has to be given to the amount of time offered to the examination of each patient's conflict in the group sessions. Complex symptom-conflict correlations are more difficult to interpret in the short-term since it might take longer to be understood.

CONCLUSION

PGT appears to be a viable treatment for individuals who experience GSAD in its generalized subtype. The fact that it is performed in a group setting is especially relevant since the group itself provides a source of improvement of anxiety symptoms. One possible advantage of PGT is the fact that the group experience and the partial insight on the unconscious conflicts might have a synergistic effect on the clinical improvement. According to the clinical examples presented in this article, it was possible to see that patients under PGT apparently face their conflicts more directly, thus having a shared opportunity to face the external and hidden contents at the same time.

In order for a psychodynamically oriented therapist to use this manual three main aspects must be considered: some knowledge of the phenomenology, psychodynamics and treatment of GSAD and of psychodynamic group therapy which is conducted in the framework of Wolf, i.e. individual work utilizing group activities, where the process is conceptualized as similar to individual psychotherapy and psychoanalysis in a group setting. Also, we recommend that the therapist conduct at least 3 training 12 week PGT sessions.

PGT constitutes the first manualized approach to the psychodynamic group treatment of GSAD. The results of two trials (Knijnik et al., 2004; 2008, in press), although preliminary, suggest that PGT is acceptable to patients and may be useful both as monotherapy and as an augmentation strategy to the pharmacological treatment of GSAD. Although further research is needed to confirm the efficacy of this novel approach to group treatment of GSAD, in conjunction with the work of Busch et al. (1999), Crits-Christoph et al. (1995), Milrod et al. (2007), Leichsenring (2007), our work suggests that manualized psychodynamic therapies may constitute a promising alternative to the treatment of anxiety disorders.

Group therapy is an efficient and economic treatment for a great variety of mental disorders and uses a natural setting under specific conditions to achieve therapeutic goals. It is low cost, not just in economic terms, but also in the wealth of potential outcomes (Knauss, 2005). Group therapy, as presented above, allows a combination of a psychodynamic approach – done by the therapist – and a more supportive approach – done by group members. Therefore, the patient might be able to work through both conflicts and ego deficits, and the therapist might be able to gain greater familiarity with the patient's internal object relations in a much shorter time.

REFERENCES

- Alnaes, R. (2001). Social phobia: Research and clinical practice. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 419-425.
- Andrews, G., & Pollok, C. (1989). The determination of defense style by questionnaire. *Archives of General Psychiatry*, 46, 455-460.
- Blaya, C., Kipper, L., Blaya, P. F. J., & Manfro, G. G. (2003). Mecanismos de defesa: Uso do Defensive Style Questionnaire. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5, 67-80.
- Blaya, C., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., Ceitlin, L. H., Bond, M., & Manfro G. G. (2004). Brazilian Portuguese version of the Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) for defenses mechanisms measure: A preliminary study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 255-258.
- Bonsack, C., Despland, J. N., & Spagnoli, J. (1998). The French version of the Defense Style Questionnaire. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 24-30.
- Brenner, C. (1982). *The mind in conflict*. New York, International University Press.
- Busch, F. N., Mildrod, B. L., & Singer, M. B. (1999). Theory and technique in psychodynamic treatment of panic disorder. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8, 234-242.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A. F., Bennett Johnson, S., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A., & Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 3-16.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Crestana T., Hauck S., Almeida E. A., Momback C. K., Campos C. P., Pereira M. P., Moser C., & Eizirik C. L. (2005). Instrumento para avaliação de sessões de psicoterapia analítica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(Supl Especial): S62.
- Crits-Christoph, P., Crits-Christoph, K., Wolf-Palacio, D., Fichter, M. & Rudick, D. (1995). Brief supportive-expressive psychodynamic therapy for generalized anxiety disorder. In J.P. Barber, & P. Crits-Christoph (Eds.), *Dynamic therapies for psychiatry disorders (Axis I)* (pp. 43-48). New York: Basic Books.
- Davidson, J. R. T., Foa, E. B., Huppert, J. D., Keefe F. J., Franklin M. E., Compton J. S., & Zhao N. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1005-1013.
- DeRubeis, R. J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 37-52.

Eizirik, C. L., & Kapczinski, F. P. (1991). Observing countertransference in brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *56*, 174-181.

Eizirik, C. L., Wilhelms F. M., Padilha, R., & Gauer, R. (1998). Psicoterapia breve din nima. In A. V. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias abordagens atuais* (pp: 145-152). Porto Alegre: Artmed.

Eizirik, C. L. (2006). Psychoanalysis as a work in progress. *International Journal of Psychoanalysis*, *87*, 645-650.

Freud, A. (1936). The ego and the mechanisms of defense. Translated by Baines— C. New York, International Universities Press, 1946.

Freud, S. (1959). The neuropsychoses of defense.— In J. Strachey (Ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol 3, pp. 45–61). London: Hogarth Press. (Original work published 1894)

Gabbard, G. O. (1992). Psychodynamics of panic disorder and social phobia. *Bulletin of the Meninger Clinic*, *56*, (Suppl A), A3-A13.

Gabbard, G. O. (1994^a). Basic Principles of Dynamyc Psychiatry. In Gabbard G. O. (Ed.), *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (pp. 3-28). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gabbard, G. O. (1994^b). The Theoretical Basis of Dynamic Psychiary. In Gabbard G. O. (Ed.), *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (pp. 29-63). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gabbard, G. O. (1994^c). Group Therapy, Family/Marital Therapy, and Pharmacotherapy. In Gabbard G. O. (Ed.), *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (pp. 125-151). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gabbard, G. O. (1994^d). Anxiety disorders. In Gabbard G. O. (Ed.), *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (pp. 249-289). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Ganzarain, R. C. (1983). Working through in analytic group psychotherapy. *International Journal Group Psychotherapy*, *33*, 281-296.

Grant, B. F., Hasin, D. S., Blanco, C., Stinson F. S., Chou S.P., Goldstein R. B., Smith S. M., Saha T. D., & Huang B. (2005). The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, *66*, 1351-1361.

Heldt, E., Manfro, G. G., Kipper L., Blaya, C., Maltz, S., Isolan, L., Hirakata, V. N., & Otto M. W. (2003). Treating medication-resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *72*, 43-48.

Hoglend, P., & Perry, J. C. (1998). Defensive functioning predicts improvement in major depressive episodes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *186*, 238-243.

Kipper, L., Blaya, C., Teruchkin, B., Heldt, E., Isolan, L., Mezzomo, K., Bond, M., & Manfro G. G. (2004). Brazilian patients with panic disorder: The use of defense mechanisms and their association with severity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 58-64.

Knauss, W. (2005). Group psychotherapy. In G. O. Gabbard, & J. S. Beck (Eds.), *Oxford Textbook Psychotherapy* (pp. 35-43). New York: Oxford University Press.

Knijnik, D. Z., Kapczinski, F. P., Chachamovich, E., Margis R., & Eizirik C. L. (2004). Psychodynamic group treatment for generalized social phobia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 77-81.

Knijnik, D. Z., Blanco, C., Salum, G. A., Moraes, C., Mombach, C., Almeida, E. Pereira, M., Strapasson, A., Manfro, G. G., & Eizirik, C. L. (2008). A pilot study of clonazepam versus psychodynamic group therapy plus clonazepam in the treatment of generalized social anxiety disorder. *European Psychiatry*, In Press.

Leahy, R. L., McGinn, L. K., Busch, F. N., & Milrod, B. L. (2005). Anxiety Disorders. In G. O. Gabbard, & J. S. Beck (Eds.), *Oxford textbook psychotherapy* (pp. 137-162). New York: Oxford University Press.

Leichsenring, F., Rabung, S. & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatry disorders. A meta-analysis. *Archives General Psychiatry*, 61, 1208-1216.

Leichsenring, F. (2005^a). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? *Internal Journal of Psychoanalysis*, 86, 841-868.

Leichsenring, F. (2005^b). Psychoanalytisch orientierte Fokalthherapie der Generalisierten Angststörung ein Manual (English translation). *Psychotherapeut*, 50, 258-364.

Leichsenring, F., Beutel, M., & Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy for social phobia: A treatment manual based on supportive-expressive therapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71, 56-83.

Lipsitz, J. D., & Marshall, R. D. (2001). Alternative psychotherapy approaches for social anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 817-829.

Luborsky, L. (1984). Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive expressive treatments. New York: Basic Books.

Malan D. H. (1976). *The frontier of brief psychotherapy*. New York: Plenum.

Milrod, B, Busch F, Cooper A, Shapiro T (1997). *Manual of Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy*. American Psychiatric Publishing.

Milrod, B., Busch, F., Leon, A.C., Shapiro, T., Aronson, A., Roiphe, J., Rudden, M., Singer, Shapiro T., Goldman, H., Richter, D., & Shear, M. K. (2000). Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder: a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1878-1880.

- Milrod, B., Busch, F., Leon, A.C., Shapiro, T., Aronson, A., Roiphe, J., Rudden, M., Singer, M., Shapiro T., Goldman, H., Richter, D., & Shear, M. K. (2001). A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *Journal of Psychotherapy Practice Research, 10*(40), 239-245.
- Milrod, B., Leon, A. C., & Busch, F. (2007). A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 164*, 265-272.
- Nemiah, J. C. (1981). A psychoanalytic view of phobias. *American Journal of Psychoanalysis, 41*, 115-120.
- Robinson H., & Hood S. (2007). Social anxiety disorder: a review of pharmacological treatments. *Current Psychiatry Revision, 3*(2), 95-122.
- Rowa, K., & Antony, M. M. (2005). Psychological treatments for social phobia. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*, 305-307.
- Roth, D. A., & Fonagy, P. (2006). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, T. (1992). The concept of unconscious fantasy. *Journal of Clinical Psychoanalysis, 1*, 517-524.
- Schneier, F. R. (2006). Social anxiety disorder. *New England Journal of Medicine, 355*(10), 1029-36.
- Vaillant, G. E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: A 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Archives of General Psychiatry, 24*, 107-118.
- Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th Ed.). New York: Basic Books.
- Zaider T. I., & Heimberg R.G. (2003). Non-pharmacologic treatments for social anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand, 417*, 72-84.
- Zerbe, K. J. (1994). Uncharted waters: psychodynamics considerations in the diagnosis and treatment of social phobia. *Bulletin of the Menninger Clinic, 58*(2, Suppl.A), A3-20.
- Wolf, A. (1983). Psychoanalysis in groups. In H. I. Kaplan, B. J. Sadock, M. D. Baltimore, Williams & Wilkins (Eds.), *Comprehensive Group Psychotherapy* (pp.113-131).

7.3 ARTIGO 3 – Does defense style change toward greater adaptiveness or maturity with the addition of psychodynamic group therapy to clonazepam in social anxiety disorder?*

Daniela Z. Knijnik^a, Giovanni Abrahão Salum^a, Carlos Blanco^b, Carolina Moraes^a, Simone Hauck^a, Atahualpa Strapasson^a, Gisele G. Manfro^a, Cláudio L. Eizirik^a

^a Post Graduate Program in Medical Sciences: Psychiatry. School of Medicine, Universidade Federal do Rio Grande do Sul and Anxiety Disorders Program, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Ramiro Barcellos 2350, room 400N, CEP 90035-003, Porto Alegre, RS, Brazil

^b Columbia University and New York State Psychiatric Institute, NY, United States of America 1051 Riverside Drive, Unit 69, New York, NY 10032

Abstract: The aim of this study was to examine changes in defense styles when comparing clonazepam to psychodynamic group therapy plus clonazepam in generalized social anxiety disorder (GSAD) during 12 weeks. Fifty-seven patients that met DSM-IV criteria for GSAD participated in the study. SAD symptoms were evaluated with the Liebowitz Social Anxiety Scale, while and defense styles were assessed with the Defense Style Questionnaire. In general, all defense styles changed over time for both groups, especially mature defense style, that increased independently of the treatment allocation group. Additionally, we found a time treatment interaction in the regression analyses of changes in neurotic defense style over time after controlling for potential confounders. Whereas in the combined group there was a slight reduction in neurotic defenses, in the CNZ group there was an increase over time ($p_{\text{interaction}}=0.045$; $\eta_p^2=0.064$). The same phenomena seems to occur with immature style, however without statistical significance. The authors conclude that it is possible for neurotic defense style to change toward greater adaptiveness with the addition of PGT to clonazepam in GSAD, even in 12 weeks, highlighting an additional gain provided by PGT, despite the small effect size of this advantage.

Key words: Defense Mechanisms; Defensive Style, Psychotherapy; Social Anxiety Disorder; Treatment

INTRODUCTION

Controlled studies have demonstrated the efficacy of manualized psychodynamic therapy for the treatment of several psychiatric disorders (Fairburn et al., 1986; Brom et al., 1989; Garner et al., 1993; Gowers et al., 1994; Shapiro et al., 1994; Fonagy et al., 2005; Leichsenring et al., 2004; 2007; Milrod et al., 2007), including generalized social anxiety disorder (GSAD) (Knijnik et al., 2004; Knijnik et al. [In press]). Nevertheless, most studies use only standard clinical outcomes, such as symptoms severity, when evaluating the results of psychodynamic oriented therapy. An important question seldom examined is whether clinical outcomes are the only gains provided by psychotherapy approaches (Leichsenring, 2005; 2006). The evaluation of other outcomes, especially those hypothesized by psychodynamic theory to change such as defense mechanisms, should be systematically addressed in those studies. Changes in defense mechanisms could represent potential gains in the level of functioning and quality of interpersonal relations.

In fact, the defense mechanisms concept is largely used to evaluate functioning, under an ego psychology perspective. Defense mechanisms are automatic psychological processes that protect the individual against the awareness of internal and external dangers and stressors (APA, 1994). Therefore they could represent how individuals react to conflict (Andrews et al. 1989; Blaya et al., 2003). In order to present defense mechanisms in a hierarchical way, Vaillant (1971; 1976) classified them into three levels of maturity derived from psychodynamic theory and based on empirical research (Vaillant, 1986). These levels are called defense styles (mature, neurotic and immature). Since dynamic psychotherapy specifically addresses defenses and conflicts, Bond and Perry (2004) have advocated the examination of the empirical evidence that treatment can lead to more adaptive defense styles.

Some studies have found changes in defense styles over time with long-term psychodynamic approaches (Bond et al. 2004). However, other studies in panic disorder patients have also examined this question with other treatment modalities and noted that some types of defense styles can also change with pharmacological approach (Kipper et al., 2005) or non-psychodynamic therapies such as CBT (Heldt et al., 2007). These findings raise the question of whether defense styles can change with non psychodynamic approaches and whether they are biased by confounding factors as symptoms severity and symptomatic change. Additionally, to the authors' knowledge, no prior study has evaluated changes in defense styles in the short-term with a psychodynamic approach.

The goal of this study was to assess changes in defense styles, in a trial comparing Clonazepam alone versus Clonazepam plus Psychodynamic Group Therapy for GSAD. We hypothesized that addition of PGT would lead to a greater increase in mature defense and a decrease in the use of immature and neurotic defenses.

METHODS

Participants

Fifty-eight outpatients from the Unit of the Anxiety Program of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Brazil were included in randomized clinical trial to receive Psychodynamic Group Therapy and Clonazepam (PGT+CNZ) or Clonazepam alone (CNZ). The study was approved by the Institutional Review Board (IRB) of HCPA and all subjects provided written informed consent prior to the enrolment in the study. The standard efficacy outcome measures of this trial are available elsewhere (Knijnik et al., [In press]).

Patients had to meet DSM-IV (APA, 1994) criteria for the diagnosis of SAD, generalized subtype (fear or avoidance of most interaction and performance social situations), as determined by the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) – Portuguese Version 5.0 (Amorim, 2000), a standardized and structured diagnostic interview.

Instruments

Both clinician rated-assessment Clinical Global Impression Scale (CGI; Guy, 1976) for severity (CGI-S) and improvement (CGI-I) were completed by an individual blind to treatment condition. Patient-rated measure included the Liebowitz Social Anxiety Scale Self-Report Version (LSAS-SR; Liebowitz, 1987). All interviews were conducted by trained psychiatrists.

The defense style was assessed with the Defense Style Questionnaire-40 (DSQ-40), a self-administered scale developed by Bond et al. (1983) and Andrews et al. (1993), without relying exclusively on clinical opinion, at baseline, week 6 and week 12. The DSQ-40 relies on conscious derivatives of defense mechanisms. The DSQ-40 evaluates 20 defenses, which are divided into three factor groups: mature, neurotic and immature. Five defenses are related to the mature factor (sublimation, humor, anticipation, rationalization and suppression); four to the neurotic factor (undoing, pseudo altruism, idealization and reaction formation) and eleven to the immature factor (projection, passive-aggression, acting out, isolation, devaluation, “autistic fantasy”, denial, displacement, dissociation, splitting and somatization). The individual defense scores are calculated by the average of the two items for each determined defense mechanism, and the factor scores are calculated by the average of the scores of the defenses that belong to each factor. Each item is evaluated on a scale from 1 to 9, where “1” indicates “completely disagree” and “9” indicates “fully agree”. Higher scores indicate greater use of mechanisms comprised in each category. The DSQ-40 has been translated and validated into Portuguese version (Blaya et al., 2004), with internal consistency of each defense factor, discriminant validity, and test-retest reliability (Blaya et al., 2007).

Treatments

Clonazepam. Pharmacological treatment consisted of individual 20-minute visits in weeks 1, 2, 4, 6, 8 and 10. Patient adherence to the medication regimen was measured by pill count. No systematic psychotherapeutic interventions (cognitive, behavioral or interpersonal) were delivered during the visits. Clonazepam regimen was started at an initial dose of 0.5 mg taken twice a day in the first week and increased to up 1.0 mg taken twice a day in weeks 2-12 to maximize response, based on clinical response and tolerability.

PGT and clonazepam. The PGT intervention consisted of 12 weekly 90-minute group sessions using a treatment manual (available from Dr. Knijnik upon request) developed for a previous randomized trial of PGT (Knijnik et al., 2004). The psychotherapeutic technique used in PGT was derived from Malan's (1976) focused, short-term psychoanalytic psychotherapy, based on the hypothesis that recurrent and unconscious internal conflicts are connected to the symptoms of SAD. The conceptual justification for the use of a group psychodynamic treatment for SAD is that the symptoms and behaviors of individuals reflect the unconscious processes (Freud, 1953) that defend against their repressed wishes, fantasies, and impulses (Shapiro, 1992).

As with other psychological symptoms, from a psychodynamic point of view, SAD is a symptom of a conflict. PGT is divided into two phases: *Phase I* includes two individual evaluation interviews with the group therapist to obtain a psychiatric and developmental history and to conceptualize each patient's focus. *Phase II* comprises 12 group sessions, divided into sessions 1-3 (address group formation, ensuring patients' agreement to focus exclusively on the treatment of GSAD and focus formulation), sessions 4-10 (the possible connection between symptoms and conflicts is investigated and interpreted as appropriate) and session 11-12 (discuss issues related to treatment termination). Patients in the combined treatment received PGT and clonazepam simultaneously, according to the procedures described above.

Treatment adherence

Fidelity to the manual was monitored through detailed written transcription of all sessions with the therapist (D.Z.K.) receiving supervision once a week by the last author (C.L.E.), a training and supervising analyst of the International Psychoanalytic Association, with over 5 years of experience providing PGT. Adherence to the manual was measured by two independent raters, in order to evaluate if the therapist followed properly the manual within its three phases.

Additionally, adherence to psychoanalytic concept was ensured by the Instrument for Evaluation of Psychoanalytical Psychotherapy Sessions (IEPPS; Hauck et al., [in press]) – a validated structured instrument adapted for group sessions that reliably distinguishes PGT from other therapy modalities, such as cognitive behavior therapy.

The instrument assesses the following items (on scale of 0-30): neutrality, characteristics of the intervention, use of interpretation, use of psychoanalytic theory to understand the material and therapeutic aspects specifically related to the group setting. Scores above 17 indicate adherence to psychoanalytic concept, distinguishing psychoanalytic sessions from another form of therapy (Anexos F e G).

Statistical analysis

Data are presented as mean \pm standard deviation and count (%). For the baseline comparison between the two groups Fisher's exact test, independent samples Student's t-test, Pearson chi-square test and Mann-Whitney test were used. Due to the small sample size of the study, we used a stepwise approach within the Repeated Measures Analysis of Covariance (ANCOVA) in order to control for confounding factors and to evaluate the effect of modeling interaction terms.

Firstly, all variables that differed between the two groups with a p-value of less than .20 were evaluated as covariates. Secondly, the following variables were evaluated as theoretical predictors of defense styles change over time: social anxiety symptoms at baseline (LSAS-SR), symptomatic change assessed by LSAS-SR over the clinical trial (endpoint LSAS-SR minus baseline LSAS-SR), and each baseline defense style. Thirdly, the multivariate models were constructed as follows: each variable that was in agreement with steps one or two was retained in the final model that evaluated the role of adding PGT to CNZ in each defense style change over time for mature, neurotic and immature independently.

Data analysis was performed *per protocol*. Partial eta squared (η_p^2) was used to estimate effect size in the final multivariable models. The kappa coefficient was used to evaluate the agreement between the two independent evaluators regarding PGT treatment adherence to IEPPS-G. Results were considered significant at the $\alpha=0.05$ level (two-tailed). The Statistical Software for the Social Sciences (SPSS v.14) was used to performed data analysis.

RESULTS

Of the fifty-eight patients included in the study, twenty-nine were randomly assigned to PGT+CNZ and 29 to CNZ. None of the patients in the PGT+CNZ group withdrew from the study, while five patients in the CNZ group withdrew from the study due to dissatisfaction with random allocation (n=1), somnolence (n=3) and lack of efficacy (n=1), resulting in 23 completer patients in CNZ group. There were no differences regarding baseline characteristics between patients who completed the study (data not shown).

When restricting the sample to completers, the only difference between the treatment groups was that individuals randomized to the CNZ group had rates of major depressive disorder (MDD) according to the M.I.N.I. (Amorim, 2000) that were almost significantly higher than those of individuals randomized to the PGT group (47.8% vs. 21.4%; $p=0.073$). Therefore MDD was evaluated as potential confounder in the multivariable models evaluating psychodynamic efficacy evaluation.

Both independent raters agreed ($Kappa=1.0$), that the therapist adhered to the manual within its three distinct phases. Additionally they rated IEPPS-G >17 (mean 25.6; $SD=2.7$; $min=18$ $max=29$); showing a good adherence to psychoanalytical technique across the sessions

Psychodynamic efficacy evaluation

Adjusted means and multivariable analysis statistics are presented in table 1. All defense styles changed over time for both groups. Mature defense style increased in both groups with no significant difference between groups, but their change over time accounted for more than 30% of the variance of this factor during the twelve weeks of treatment. There was an interaction with the addition of PGT only for the neurotic defense style, with a decrease in its scores in the PGT+CNZ group and an increase in its scores in the CNZ group, accounting for 6.4% of the variance of neurotic defense style change. The mean scores of the immature style changed in both groups across the 12-week clinical trial but with no significant difference between groups. However it seems that, regarding absolute values, immature scores increased in the CNZ group and decreased in the combined treatment group, as in the neurotic defense style. Results are adjusted for confounders as described before.

The results of prediction of defense styles change can be seen on the right part of table 1. Each defense style baseline score predicted the same defense style change over time respectively, accounting for the larger effect sizes (from 7% to 28%) of the models except for time changes. Additionally, reduction of social anxiety symptoms according to changes in LSAS-SR accounts for about 9% of the variance in changes in immature defense style. Baseline LSAS and comorbidity with MDD did not predict defense style changes.

Table 1

Repeated measures stepwise ANCOVA regarding mature, neurotic and immature defense styles in baseline, week 6 and week 12 comparing clonazepam or clonazepam plus psychodynamic group therapy in generalized social anxiety disorder

Defensive style	Adjusted mean values \pm Adjusted SD						Multivariable – analysis of covariance (ANCOVA)										
	Baseline			Week 6			Week 12			p-values (η_p^2)							
	CNZ (n=23)	CNZ+PGT (n=28)	CNZ (n=23)	CNZ (n=28)	CNZ+PGT (n=28)	CNZ (n=23)	CNZ (n=23)	CNZ (n=28)	CNZ+PGT (n=28)	Time	Treatment	Interaction	Baseline DSQ	Co variables DSQ	Delta LSAS	MDD LSAS	
Mature	4.48 \pm 0.00	4.48 \pm 0.00	5.07 \pm 0.87	5.35 \pm 0.87	4.98 \pm 1.18	5.11 \pm 1.18	4.98 \pm 1.18	5.11 \pm 1.18	5.11 \pm 1.18	<.001 (0.306)	.443 (0.013)	.609 (0.010)	<.001 (0.282)	NI	0.074 (0.056)	NI	NI
Neurotic	4.66 \pm 0.00	4.66 \pm 0.00	4.89 \pm 0.88	4.44 \pm 0.88	5.10 \pm 1.06	4.42 \pm 1.06	5.10 \pm 1.06	4.42 \pm 1.06	4.42 \pm 1.06	.001 (0.132)	.027 (0.1)	.045 (0.064)	0.027 (0.074)	0.539 (0.013)	NI	NI	NI
Immature	4.15 \pm 0.00	4.15 \pm 0.00	4.40 \pm 0.58	4.01 \pm 0.58	4.30 \pm 0.79	3.97 \pm 0.79	4.30 \pm 0.79	3.97 \pm 0.79	3.97 \pm 0.79	<.001 (0.163)	.038 (0.091)	.109 (0.047)	<.001 (0.196)	0.596 (0.011)	0.013 (0.090)	NI	NI

Abbreviations: CNZ = Clonazepam., PGT = Psychodynamic Group Therapy; DSQ-M, Defense Style Questionnaire – Mature Style, DSQ-N, Defense Style Questionnaire – Neurotic Style; DSQ-I, Defense Style Questionnaire – Immature Style, η_p^2 = Partial eta squared (effect size measure of ANCOVA), NI = Not Included for the multivariable model according to entry criteria of p-value<.20. Statistics: Stepwise Analysis of Covariance (ANCOVA). Baseline scores of each defense scale respectively, SAD symptoms measured by Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) at baseline, changes in SAD symptoms across the 12-weeks measured by Delta LSAS (Week 12 LSAS minus Baseline LSAS) and Major Depression Disorder (MDD) rates were evaluated in univariate Analysis of Variance (ANOVA) in predicting changes over the time in each Defense Style score. Each variable that achieved entry criteria (p-value<.20) was retained in the multivariable model. Values in **boldface** represent significant results.

Discussion

To our knowledge, this is the first clinical trial to study changes in defense styles between two short-term treatment modalities for SAD: a pharmacological and a combined therapy (including a pharmacological and a psychodynamic intervention). With this study design, we were able to separate the response due to symptoms severity change, provided by a pharmacological agent, from the possible additional benefits of brief psychodynamic group sessions. In the present study the three defense styles changed along the 12 weeks of treatment, but the reasons for that change differed among them as discussed below.

The present study found some differences between groups in the neurotic defense style. Our study suggests that the addition of PGT to clonazepam promotes a slight decrease in use of neurotic defenses in the short-term treatment of GSAD not found in the CNZ group; in fact group there was a modest increase of the neurotic style scores in the CNZ over time. PGT+CNZ helped patients decrease the use of neurotic defenses even after controlling for possible confounding factors. This is consistent with the goal of PGT when added to CNZ, i.e., to help individuals by ameliorating underlying variables derived from the psychodynamic theoretical model, e.g., defense mechanisms and defense styles for which there are now validated measures (DSQ). Increase in the use of neurotic defense style in the CNZ group may be due to a statistical phenomenon of test-retest, but specific effects of CNZ cannot be ruled out. However, the short-term therapeutic intervention only accounted for 6.4% of the variance of neurotic defense style change. It is possible that longer-term therapies would produce larger effect sizes.

Decrease in the use of neurotic defense styles was not associated with symptoms improvement. This is consistent with the idea that neurotic defenses are part of a relatively stable aspect of personality (Andrews et al., 1989; Bond, 1992; Vaillant, 1971) and also that PGT, in the short-term, was able to address defenses and conflicts (by means of each individual focus interpretation), beyond symptomatic change. In a longer period of time, it would possibly represent greater capacity of dealing with stressful situations, consequently helping in relapse prevention. Two important questions for future research are whether those gains are maintained over time and whether longer treatments can lead to even larger improvements.

Mature defense style increased in both groups. It is possible that mature defense styles increased in both groups because patients were seen by a psychiatrist and were motivated towards changes with treatment (nonspecific factors), which did not differ between groups. These changes were also independent of symptoms improvement. Additionally, it is important to note that the mature factor is the weakest construct according to the validation study of DSQ-40 Brazilian-Portuguese Version and therefore this limitation of the DSQ should be taken into account as a possible explanation for this change (Blaya et al., 2006).

Immature defense style also changed in both groups, and similar to neurotic style changes, the scores of both groups followed different directions: there was a slight decrease in the PGT+CNZ group, whereas a modest increase in the CNZ group, although with no significant difference between groups. It is possible that decrease in the immature scores in the PGT+CNZ group might be due to the addition of PGT to clonazepam as well, although we are aware of the fact that in this kind of therapy we can offer just a first and fragmentary approach to the understanding of the underlying conflicts in a neurotic level. Lack of significance might be due to lack of statistical power and to a relatively short treatment period.

Immature defense style was the only defense style in the study found to be influenced by symptomatic changes (LSAS), a finding in agreement with other studies in depression (Akkerman et al., 1999), obsessive-compulsive disorder treated with behavioral treatment (Albucher et al., 1998); panic disorder with treated medication (Kipper et al., 2005) and panic disorder treated with cognitive-behavior group therapy (Heldt et al., 2007). These findings stress the need of controlling for baseline severity as done in the multivariate analyses. Also, baseline defense styles were predictors of change in all the scales, and this might reflect regression toward the mean that also need to be controlled.

One limitation of our study is its relatively short-term nature of PGT, a limitation common to most studies on psychotherapy, even though many of those studies target problems that tend to be chronic and recurrent (Bond; Perry, 2004). A second limitation is that the relatively small sample size of the study, which reduced its power to detect small differences. Finally, the sample was composed of treatment-seeking patients with no severe depressive symptoms, creating a floor effect for the detection of potential differences in improvement of depressive symptoms.

In conclusion, this study provides important empirical information on a novel approach (PGT) with possible benefits regarding the global functioning of individuals with GSAD (Knijnik et al., 2008; in press), using a psychoanalytical approach and the additional benefits of PGT compared to CNZ in readjustment of the neurotic defense style in the short term. Further studies should investigate the long-term effects on defense styles of CNZ and PGT+CNZ, especially to evaluate larger effect sizes.

REFERENCES

- Akkerman K, Lewin TJ, Carr VJ (1999) Long-term changes in defense style among patients recovering from major depression. *Journal of Nervous and Ment Disease* 187:80-87.
- Albucher RC, Abelson JL, Nesse RM (1998) Defense mechanism changes in successfully treated patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 155:558-559.

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed). Washington (DC): American Psychiatric Association.

Amorim P (2000) Mini international neuropsychiatric interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 22(3):106-115.

Andrews G, Pollock, C, Stewart, G. (1989) The determination of defense style by questionnaire. *Archives of General Psychiatry* 46:455-460.

Andrews G, Singh M, Bond M (1993) The defense style questionnaire. *Journal of Nervous and Ment Disease* 181(4):246-256.

Blaya C, Dornelles M, Blaya R et al (2007) Brazilian Portuguese version of defensive style questionnaire-40 for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. *Psychotherapy Research*. 17:261-272.

Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M, Manfro GG (2004) Brazilian Portuguese version of the Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) for defenses mechanisms measure: A preliminary study. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 26:255-258.

Bond M, Perry JC (2004) Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 161(9):1665-1671.

Bond M, et al (1983) Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry* 40:333-338.

Bond M, Perry JC, Gautier M, Goldenberg M, Oppenheimer J, Simand J (1989) Validating the self-report of defense styles. *Journal of Personality Disorders* 3:101-112.

Bond M (1992) An empirical study of defensive styles: the defensive style questionnaire. In GE Vaillant (Ed), *Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers* (pp 127-158). Washington DC: American Psychiatric Press.

Brom D, Kleber RJ, Defares PB (1989) Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol* 57:607-612.

Fairburn CG, Kirk J, O'Connor M, Cooper PJ (1986) A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behavioral Research Therapy* 24:629-643.

Freud S (1953) The interpretation of dreams. In: Strachey J (ed), *The Standart Edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp1-627). London: Hogarth Press.

Fonagy P, Roth, A, Higgitt A (2005) Psychodynamic psychotherapies: evidence-based practice and clinical wisdom. *Bulletin of the Menninger Clinic* 69(1):1-58.

Garner DM, Rockert W, Davis R, Garner MV, Olmsted MP, EagleM (1993) Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 150:37-46.

Gowers S, Norton K, Halek C, Crisp AH (1994). Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 15:165-177.

Guy W (1976) Clinical global impressions (CGI). In *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology* (revised ed, pp 217-222). Rockville (MD): US National Institute of Health, Psychopharmacology Research Branch.

Hauck S, et al (In press) Research in psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy: A new tool for the evaluation of adherence to the technique in studies of effectiveness. *Rev. Bras. Psiquiatr.*

Heldt E, et al (2007) Defense Mechanisms After Brief Cognitive-Behavior Group Therapy for Panic Disorder One-Year Follow-Up. *Journal of Nervous and Mental Disease* 195:540-543.

Kipper L, Blaya C, Teruchkin B, Heldt E, Isolan L, Mezzomo K, Bond M, Manfro GG (2005) Evaluation of defense mechanisms in adult patients with panic disorder before and after treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease* 193:619-624.

Knijnik DZ, Kapczinski FP, Chachamovich E, Margis R, Eizirik CL (2004) Psychodynamic group treatment for generalized social phobia. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 26(2):77-81.

Knijnik DZ, Blanco C, Salum GA, Moraes C, Mombach C, Almeida E, Pereira M, Strapasson A, Manfro GG, Eizirik CL (2008) (In press). A pilot study of clonazepam versus psychodynamic group therapy plus clonazepam in the treatment of generalized social anxiety disorder. *European Psychiatry*.

Leichsenring F, Rabung S, Leibing E (2004) The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatry disorders. A meta-analysis. *Archives General Psychiatry* 61:1208-1216.

Leichsenring F (2005) Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? *International Journal of Psychoanalysis* 86:841-868.

Leichsenring F, Hiller W, Weissberg M, Leibing E (2006) Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy, and indications. *American Journal of Psychotherapy* 60(3):233-59.

Leichsenring F, Leibing E (2007) Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology and Psychotherapy* 80:217-228.

Liebowitz MR (1987) Social phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 22:141-73.

Malan DH (1976) The frontier of brief psychotherapy. New York: Plenum.

Manual for Psychopharmacology (revised ed, pp 217-222). Rockville (MD): US National Institute of Health, Psychopharmacology Research Branch.

Milrod B, Leon AC, Busch F (2007) A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry* 164:265-272.

Roth A, Fonagy P (1999) *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research* (pp 197–215). New York, Guilford.

Shapiro DA, Barkham M, Rees A, Hardy GE, Reynolds S, Startup M (1994) Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 62:522-534.

Shapiro T (1992) The concept of unconscious fantasy. *J Clin Psychoanal* 1:517-524.

Vaillant GE (1971) Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Archives of General Psychiatry*. 24:107-118.

Vaillant GE (1976) Natural history of male psychological health. *Archives of General Psychiatry*. 33:535-545.

Vaillant GE, Bond M, Vaillant CO (1986) An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Archives of General Psychiatry*. 43:786-794.

8

DIVULGAÇÃO PARCIAL DOS RESULTADOS

8.1 EVENTOS

Pôsteres

- *A Pilot Study of Clonazepam versus Psychodynamic Group Therapy plus Clonazepam in the Treatment of Generalized Social Anxiety Disorder.* American Psychiatry Association – 158th Annual Meeting – San Diego, May 2007.
- *Um estudo piloto de clonazepam versus Terapia Psicodinâmica em Grupo mais clonazepam no tratamento da Fobia Social Generalizada.* Congresso Brasileiro de Psiquiatria – Porto Alegre, Outubro, 2007.
- *Psychodynamic Group Therapy for Social Anxiety Disorder: A Treatment Manual.* Congresso Brasileiro de Psiquiatria – Porto Alegre, Outubro, 2007.
- *Clonazepam versus Clonazepam e Terapia Psicodinâmica em Grupo no Tratamento da Fobia Social Generalizada: Resultados Preliminares de 1 Ano de Seguimento.* Congresso Brasileiro de Psiquiatria – Porto Alegre, Outubro, 2007.
- *Clonazepam (CNZ) versus Clonazepam e Terapia Psicodinâmica em Grupo (CNZ+TPG) no Tratamento da Fobia Social Generalizada (FSG): Desfecho Psicodinâmico.* Congresso Brasileiro de Psiquiatria – Porto Alegre, Outubro, 2007.
- *Associações entre Estilo Defensivo e Fobia Social.* Congresso Brasileiro de Psiquiatria – Curitiba, Outubro 2006.
- *Associações entre Estilo Defensivo e Fobia Social – Resultados Preliminares.* Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Porto Alegre, 2005.

Temas Livres

- *Associações entre Estilo Defensivo e Fobia Social*. Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 2005.
- *Associações entre Estilo Defensivo e Fobia Social*. XXIII Jornada Sul-riograndense de Psiquiatria Dinâmica, 2006.

Grand Rounds

- A Pilot Study of Clonazepam versus Psychodynamic Group Treatment plus Clonazepam in the Treatment of Generalized Social Anxiety Disorder. Coordination: Michael Liebowitz and Frank Schneier. Columbia University – NY, Maio 2006.

Mesa redonda: divulgação de resultados

- *Fobia Social – um transtorno altamente negligenciado*. Congresso Brasileiro de Psiquiatria – Porto Alegre, outubro de 2007.

8.2 PUBLICAÇÕES EM ANAIS

- *A Pilot Study of Clonazepam versus Psychodynamic Group Treatment plus Clonazepam in the Treatment of Generalized Social Anxiety Disorder*. American Psychiatry Association – 158th Annual Meeting. New Research Abstracts, p. 2-3, maio de 2007, San Diego, CA – USA.

9

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fobia social, em seu subtipo generalizado (FSG), foi por anos negligenciada, mas hoje tem sido reconhecida como um dos transtornos psiquiátricos mais crônicos e prevalentes o qual reduz o real potencial de seus portadores em situações sociais. No entanto, sabe-se que muitos psiquiatras não levam este diagnóstico tão a sério como deveriam.

Na última década, muito progresso foi feito no que se refere ao tratamento da FSG. Embora hoje exista uma série de terapias efetivas e se saiba que este transtorno responde muito bem a tratamentos medicamentosos e psicoterápicos, cabe lembrar que nem todos os pacientes apresentam melhora sintomática com as modalidades terapêuticas já estabelecidas.

Nesse sentido, julgamos ser importante examinar, com rigor científico, o que a terapia de orientação psicodinâmica pode oferecer a um transtorno cuja etiologia é multifatorial, especialmente em um *setting* de grupo. Sabemos que a prática da terapia psicodinâmica hoje difere da psicanálise tradicional de alguma forma, reflexo de tentativas de aumentar a sua aplicabilidade e efetividade em um maior número de pacientes.

Em suma, esta tese aborda alguns aspectos relacionados aos resultados de um ensaio clínico randomizado quanto à resposta à adição de uma terapia psicodinâmica em grupo à medicação no que se refere à melhora do funcionamento global, dos sintomas clínicos e da qualidade de vida de portadores de FSG, bem como possíveis reajustamentos nos mecanismos de defesa passíveis de serem alterados em 12 semanas através de uma intervenção que visa a relacionar o binômio foco-sintoma.

Estes achados estimulam nossa pesquisa em psicoterapia e reforçam a relevância de abordagens psicoterápicas dinâmicas para esta e para outras condições nosológicas. Desta forma, ao descrever uma abordagem psicodinâmica em grupo para a FSG, dentre os diferentes métodos de tratamento já estudados, sugerimos que psiquiatras e psicoterapeutas podem contar com um novo recurso na escolha do tratamento de seus pacientes; também é de se destacar a tentativa de oferecer um manual de tratamento que possa ser replicado em outros estudos.

ANEXO A

ESCALA DE IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL (CGI-G)

CGI – Gravidade

1. Normal, ausência de sintomas;
2. Transtorno leve, duvidoso, prejuízo funcional leve;
3. Sintomas leves, prejuízo funcional leve;
4. Sintomas moderados, desempenha com esforço;
5. Moderada, sintomas intensos, desempenho limitado;
6. Sintomas intensos, consegue desempenhar praticamente só com assistência;
7. Sintomas extremamente graves, desempenho completamente comprometido.

CGI – Melhora global

1. Muitíssimo melhor
2. Muito melhor
3. Um pouco melhor
4. Sem alteração
5. Um pouco pior
6. Muito pior
7. Muitíssimo pior

ANEXO B

ESCALA DE FOBIA SOCIAL DE LIEBOWITZ (LSAS)

INSTRUÇÕES: Coloque na primeira coluna o item referente ao medo ou ansiedade que você sente ao realizar cada uma das situações descritas ao lado. Na segunda coluna, coloque o quanto você evita realizar a situação citada. Se alguma das situações citadas nunca são realizadas por você, coloque “3” nas duas colunas, pois elas geram um medo e ansiedade tão grandes que você as evita sempre. No entanto, se você não tem medo ou ansiedade alguma de alguma situação descrita e nunca evita esse tipo de situação, coloque “0” nas duas colunas da escala. Confira a escala ao terminar para não esquecer de responder nenhum item. Não deixe ítems em branco.

	MEDO/ ANSIEDADE	EVITAÇÃO
	0 =Nenhum 1=Leve 2=Moderado 3=Intenso	0 =Nunca 1=Ocasionalmente 2=Freqüentemente 3=Geralmente
1. Telefonar em público.		
2. Participar em pequenos grupos.		
3. Comer em locais públicos.		
4. Beber com outros em locais públicos.		
5. Falar com pessoas em posição de autoridade.		
6. Agir, realizar ou falar em frente a uma audiência.		
7. Ir a uma festa.		
8. Trabalhar sendo observado.		
9. Escrever sendo observado.		
10. Chamar alguém que você não conhece muito bem.		

	MEDO/ ANSIEDADE 0 =Nenhum 1=Leve 2=Moderado 3=Intenso	EVITAÇÃO 0 =Nunca 1=Ocasionalmente 2=Frequentemente 3=Geralmente
11. Falar com pessoas que você não conhece muito bem.		
12. Encontrar com estranhos.		
13. Urinar em banheiro público.		
14. Entrar em uma sala onde outros já estão sentados.		
15. Ser o centro das atenções.		
16. Falar em uma reunião.		
17. Fazer uma prova.		
18. Expressar uma discordância ou desaprovação para pessoas que você não conheça bem.		
19. Olhar nos olhos de pessoa que você não conheça bem.		
20. Relatar algo para um grupo.		
21. Tentar paquerar alguém.		
22. Devolver mercadorias para uma loja.		
23. Dar uma festa.		
24. Resistir às pressões de um vendedor.		

ANEXO C

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

INSTRUÇÕES: Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na **ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE!** Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

- 0 Não me sinto triste
- 1 Me sinto triste
- 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto
- 3 Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar

- 0 Não estou especialmente desanimado(a) quanto ao futuro
- 1 Eu me sinto desanimado(a) quanto ao futuro
- 2 Acho que nada tenho a esperar
- 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar

- 0 Não me sinto um fracasso
- 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum
- 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo que posso ver é um monte de fracassos
- 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso

- 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes
- 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes
- 2 Não encontro um prazer real em mais nada
- 3 Estou insatisfeito(a) ou aborrecido(a) com tudo

- 0 Não me sinto especialmente culpado(a)
- 1 Eu me sinto culpado(a) grande parte do tempo
- 2 Eu me sinto culpado(a) na maior parte do tempo
- 3 Eu me sinto culpado(a) todo o tempo

- 0 Não acho que esteja sendo punido(a)
- 1 Acho que posso ser punido(a)
- 2 Creio que vou ser punido(a)
- 3 Acho que estou sendo punido(a)

- 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo(a)
1 Estou decepcionado(a) comigo mesmo(a)
2 Estou enojado(a) de mim
3 Eu me odeio
- 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros
1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
- 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria
2 Gostaria de me matar
3 Eu me mataria se tivesse a oportunidade
- 0 Não choro mais que o habitual
1 Choro mais agora do que costumava
2 Agora, choro o tempo todo
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira
- 0 Não sou mais irritado(a) do que sempre estou
1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
2 Agora, eu me sinto irritado(a) o tempo todo
3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar
- 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas
- 0 Tomo decisões tão bem quanto antes
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava
2 Tenho mais dificuldade de tomar decisões do que antes
3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões
- 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes
1 Estou preocupado(a) em estar parecendo velho(a) ou sem atrativo
2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo
3 Acredito que pareço feio(a)
- 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes
1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa
3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho
- 0 Consigo dormir tão bem como o habitual
1 Não durmo tão bem como costumava
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir

- 0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual
- 1 Fico cansado(a) mais facilmente do que costumava
- 2 Fico cansado(a) em fazer qualquer coisa
- 3 Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa

- 0 Meu apetite não está pior do que o habitual
- 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser
- 2 Meu apetite é muito pior agora
- 3 Absolutamente não tenho mais apetite

- 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente
- 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio
- 2 Perdi mais do que 5 quilos
- 3 Perdi mais do que 7 quilos

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim Não

- 0 Não estou mais preocupado(a) com a minha saúde do que o habitual
- 1 Estou preocupado(a) com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação
- 2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa
- 3 Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa

- 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
- 1 Estou menos interessado em sexo do que costumava
- 2 Estou muito menos interessado por sexo agora
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo

ANEXO D

QUESTIONÁRIO DE MECANISMOS DE DEFESA (DSQ-40)

INSTRUÇÕES: Este questionário consiste em 40 afirmativas relacionadas a como você pensa e funciona em sua vida. Não há questão certa ou errada. Marque o grau em relação ao qual você concorda ou discorda de cada afirmativa e assinale a sua resposta, de 1 a 9. Por exemplo, um escore de 5 indicaria que você nem concorda nem discorda da afirmativa, um escore de 3 indicaria que você discorda moderadamente e um escore de 9 que você concorda fortemente.

1. Eu fico satisfeito em ajudar os outros e, se eu não puder fazer isto, eu fico deprimido

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

2. Eu consigo não me preocupar com um problema até que eu tenha tempo para lidar com ele

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

3. Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura e marcenaria

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

4. Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

5. Eu sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

6. As pessoas tendem a me tratar mal

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

7. Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que esta pessoa seja ajudada em vez de punida

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

8. As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

9. Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse o Super-homem

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

10. Eu me orgulho da minha capacidade de reduzir as pessoas aos seus devidos lugares

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

11. Eu frequentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

12. Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem para mim

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

13. Eu sou uma pessoa muito inibida

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

14. Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a vida real

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

15. Eu tenho qualidades especiais que me permitem levar a vida sem problemas

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

16. Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo pra mim

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

17. Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que com a vida real

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

18. Eu não tenho medo de nada

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

19. Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou o demônio

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

20. Eu fico francamente agressivo quando sou magoado

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

21. Eu sempre acho que alguém que eu conheço é como um anjo da guarda

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

22. Tanto quanto eu sei, ou as pessoas são boas ou más

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

23. Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

24. Eu conheço alguém que é capaz de ser justo e imparcial em qualquer coisa que faça

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

25. Eu posso controlar os meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

26. Eu frequentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

27. Eu sinto dor de cabeça quando tenho que fazer algo que não gosto

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

28. Eu frequentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito irritado

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

29. Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

30. Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo um jeito de lidar com a situação

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

31. Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

32. Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

33. Quando eu estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

34. Frequentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

35. Se eu puder saber com antecedência que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

36. Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

37. Frequentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

38. Manter-me muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

39. Se eu estivesse passando por uma crise, eu me aproximaria de pessoas que tivessem o mesmo problema

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

40. Se eu tenho um pensamento agressivo, eu sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo

Discordo completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo plenamente
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

ANEXO E

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA VERSÃO BREVE (*WHOQOL-BREF*)

INSTRUÇÕES: Esse questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, de sua saúde e de outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas àquela que lhe parecer mais apropriada. Essa, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando **o que você acha de sua vida**, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parecer a melhor resposta.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1 Como você avaliaria a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
2 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas **nas últimas duas semanas**.

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4 O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6 Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas **nessas últimas duas semanas**.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10 Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11 Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14 Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
15 Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida **nas últimas duas semanas**.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16 Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19 Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20 Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21 Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23 Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24 Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas **nas últimas duas semanas**.

	Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
26 Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO F

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE SESSÕES DE PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA EM GRUPO (IASPP-G)

PARTE I (Aderência ao manual de tratamento)

Instrução: Assinale SIM ou NÃO nos itens abaixo de acordo com as intervenções realizadas pelo terapeuta durante a sessão.

- A) Durante a sessão, o terapeuta formula e aborda o foco psicodinâmico, relacionando este com a história pessoal de cada paciente?
- Sim
- Não
- B) Quanto às intervenções do terapeuta, estas contemplam a relação entre os sintomas de ansiedade social dos pacientes e o conflito subjacente?
- Sim
- Não
- C) Em relação as intervenções do terapeuta, é abordada a ansiedade de separação?
- Sim
- Não

PARTE II (Aderência à técnica)

Instrução: Pontue os itens abaixo de acordo com as intervenções realizadas pelo terapeuta durante a sessão, desconsiderando os cumprimentos inicial e final e a comunicação do término do tempo da sessão. Entende-se por interpretação toda a intervenção com o objetivo de explicitar o funcionamento psíquico, o padrão de relação objetal (transferencial e extra-transferencial) e/ou o conteúdo inconsciente.

- A) Em relação à neutralidade do terapeuta (quanto à história do paciente, à transferência e à contratransferência, a pressões do mundo externo, aos valores do terapeuta e às teorias) pode-se dizer que:**
- (0) O terapeuta não manteve a neutralidade durante toda a sessão.
 - (1) O terapeuta perdeu a neutralidade **em mais de 75%** de suas intervenções em relação a alguma das categorias acima **ou** perdeu a neutralidade por **duas ou mais vezes** em relação a questões de julgamento moral ou a exposição de opinião pessoal ou utilizou claramente exemplos de sua própria vida duas ou mais vezes.
 - (2) O terapeuta perdeu a neutralidade **em mais da metade** de suas intervenções em relação a alguma das categorias acima **ou** perdeu a neutralidade **em algum momento** em relação a questões de julgamento moral ou a exposição de opinião pessoal ou utilizou claramente exemplos de sua própria vida.
 - (3) O terapeuta perdeu a neutralidade **algumas vezes (<50% e =25%) durante a sessão, sendo que** não utilizou opinião ou julgamento pessoal ou exemplos de sua própria vida.
 - (4) O terapeuta perdeu a neutralidade poucas vezes (<25%) durante a sessão, sendo que não utilizou opinião ou julgamento pessoal ou exemplos de sua própria vida.
 - (5) O terapeuta manteve-se neutro durante toda a sessão.
- B) Em relação ao tipo de intervenções realizadas, pode-se dizer que:**
- (0) O terapeuta realizou **exclusivamente** intervenções do tipo combinações, solicitação de tarefas, sugestão e/ou persuasão.
 - (1) O terapeuta realizou intervenções do tipo interpretação, perguntas, assinalamentos, confrontações, esclarecimento, ou informação, mas **mais da metade (>50%)** de suas intervenções foram do tipo combinações, solicitação de tarefas, sugestão e/ou persuasão.
 - (2) O terapeuta realizou intervenções do tipo interpretação, perguntas, assinalamentos, confrontações, esclarecimento ou informação, mas utilizou **duas ou mais vezes (e <50%)** intervenções do tipo combinação, solicitação de tarefas, sugestão e/ou persuasão.

- (3) O terapeuta realizou intervenções do tipo interpretação, perguntas, assinalamentos, confrontações, esclarecimento ou informação, mas utilizou **em algum momento** alguma intervenção do tipo combinação, solicitação de tarefas, sugestão e/ou persuasão ou utilizou apoio **em mais da metade** (>50%) de suas intervenções.
- (4) O terapeuta não realizou **nenhuma** intervenção do tipo combinação, solicitação de tarefas, sugestão e/ou persuasão, mas utilizou por **uma ou mais vezes (e <50%)** intervenções do tipo apoio.
- (5) O terapeuta realizou exclusivamente intervenções do tipo interpretação, perguntas, assinalamentos, confrontações, esclarecimento ou informação.

C) Em relação às intervenções do tipo interpretação, pode-se dizer que:

- (0) O terapeuta não realizou intervenções do tipo interpretação.
- (1) O terapeuta realizou alguma interpretação, mas estas totalizaram <25% de suas intervenções.
- (2) O terapeuta realizou interpretações, mas estas totalizaram $\geq 25\%$ e <50% de suas intervenções.
- (3) O terapeuta realizou interpretações, mas estas totalizaram $\geq 50\%$ e <75% de suas intervenções.
- (4) O terapeuta utilizou interpretações e estas totalizaram $\geq 75\%$ e < 100% de suas intervenções.
- (5) O terapeuta utilizou apenas interpretações.

D) Em relação à qualidade das intervenções do tipo interpretação, pode-se dizer que:

- (0) Todas as intervenções do tipo interpretação foram claramente fora de timing, desconectadas com o conteúdo trazido pelo paciente ou disseram respeito apenas ao conteúdo manifesto.
- (1) Mais de 75% das intervenções do tipo interpretação foram claramente fora de timing, desconectadas com o conteúdo trazido pelo paciente ou disseram respeito apenas ao conteúdo manifesto.
- (2) Menos de 75%, mas = 50% das intervenções do tipo interpretação foram claramente fora de timing, desconectadas com o conteúdo trazido pelo paciente ou disseram respeito apenas ao conteúdo manifesto.
- (3) Menos de 50%, mas = 25% das intervenções do tipo interpretação foram claramente fora de timing, desconectadas com o conteúdo trazido pelo paciente ou disseram respeito apenas ao conteúdo manifesto..

- (4) **Menos de 25% das vezes, mas em alguma** intervenção do tipo interpretação a intervenção foi claramente fora de timing, desconectada com o conteúdo trazido pelo paciente ou disse respeito apenas ao conteúdo manifesto.
 - (5) **Nenhuma** das intervenções do tipo interpretação foi claramente fora de timing, desconectada com o conteúdo trazido pelo paciente ou disse respeito apenas ao conteúdo manifesto.
- E) Em relação à elaboração das intervenções** (interpretação, perguntas, assinalamentos, confrontações, esclarecimento ou informação):
- (0) **Não foram utilizados** dados da relação do paciente com o terapeuta (transferência), nem da sua reação a essa relação (contratransferência), nem foram conectados dados do passado com o conteúdo atual trazido pelo paciente nem foi utilizado o funcionamento defensivo para a compreensão do conteúdo da sessão.
 - (1) O terapeuta utilizou a compreensão da transferência/ contratransferência, da relação da história atual e passada e/ou do funcionamento defensivo para a formulação de **<25%** suas intervenções.
 - (2) O terapeuta utilizou a compreensão da transferência/ contratransferência, da relação da história atual e passada e/ou do funcionamento defensivo para a formulação de **=25% e <50%** suas intervenções.
 - (3) O terapeuta utilizou a compreensão da transferência/ contratransferência, da relação da história atual e passada e/ou do funcionamento defensivo para a formulação de **=50% e <75%** suas intervenções.
 - (4) O terapeuta utilizou a compreensão da transferência/ contratransferência, da relação da história atual e passada e/ou do funcionamento defensivo para a formulação de **=75% e <100%** suas intervenções.
 - (5) O terapeuta utilizou a compreensão da transferência/ contratransferência, da relação da história atual e passada e/ou do funcionamento defensivo na formulação de todas as suas intervenções.
- F) Quanto ao “clima” da sessão e à atitude do terapeuta:**
- F1) Clima da sessão:**
- (1) Predomina uma falta de sintonia entre pacientes e terapeuta, dando a impressão de ausência de entrosamento tanto entre os pacientes quanto entre pacientes e terapeuta.
 - (2) O entrosamento emocional entre os pacientes e entre pacientes e terapeuta parece existir, mas não de forma plena.
 - (3) Parece existir um pleno entrosamento entre os pacientes e entre pacientes e terapeuta.

F2) Atitude do terapeuta:

- (0) O terapeuta claramente não proporcionou momentos reflexivos, por não estimular ativamente os pacientes a compartilhar os seus sentimentos e experiências no *setting* grupal.
- (1) O terapeuta proporcionou poucos momentos reflexivos, pois foi raramente ativo, pouco estimulando os pacientes a compartilhar os seus sentimentos e experiências no *setting* grupal.
- (2) O terapeuta proporcionou momentos reflexivos na maior parte da sessão, na medida em que foi ativo a maior parte do tempo no sentido de estimular os pacientes a compartilhar seus sentimentos e experiências no *setting* grupal.
- (3) O terapeuta proporcionou momentos reflexivos ao longo de toda a sessão, por ter uma postura ativa, no sentido de estimular os pacientes a compartilhar seus sentimentos e experiências no *setting* grupal.

PONTUAÇÃO	A)	B)	C)	D)	E)	F)	Total=
------------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	---------------

Obs: F= F1 + F2

ANEXO G

RESEARCH IN ANALYTICALLY ORIENTED GROUP PSYCHOTHERAPY: A TOOL FOR THE EVALUATION OF ADHERENCE TO THE TECHNIQUE IN STUDIES OF EFFECTIVENESS*

Knijnik DZ, Hauck S, Mombach CK, Almeida EA, Eizirik CL

Dear Editors,

Since S. Freud postulated, through the analysis of patients, the technical and metapsychological aspects that lead to the consolidation of psychoanalysis as a science, more than a hundred years of clinical experience corroborate it as a useful instrument to treat psychic pain, symptoms and interpersonal problems. However, the advent of evidence based medicine brought the challenge of developing adequate tools and methods to investigate systematically the effectiveness of the analytical model and specific aspects related to patient's changing process. The efficacy of manualized analytical oriented treatments of several psychiatric pathologies is well established through clinical trials (Fonagy, Roth and Higgitt, 2005; Roth and Fonagy, 2005; Leichsenring and Leibing, 2007; Mildrod, Leon and Busch, 2007). However, studies in analytically oriented group psychotherapy are still incipient (Knijnik et al., 2004; Knijnik et al. [In press]).

To ensure the use of proper methodology in studies aiming to investigate psychotherapy methods, one must carefully define the technique that is being tested and how to measure if the treatment corresponds to the defined model, for example, a psychoanalytical approach. In 1985, E. Jones developed an instrument with the purpose of investigating the role of different factors involved in therapeutic process, the Psychotherapy Process Q-Sort (PQS), which was published a couple of years later (Jones, 2000). The PQS comprises 100 items describing a wide range of treatment aspects.

* Submetido no International Journal of Psychoanalysis Letter to the Editor.

This instrument is applicable to taped (audio or video) sessions, promoting a detailed description of the elements of the therapeutic process. However, previous training and a considerable amount of time are necessary, making it not recommended in research settings with less available resources. Therefore, our purpose was to create a less complex and shorter instrument, easier to use, and with low cost, for research purposes.

In order to develop a tool to verify the psychoanalytical construct in recorded or transcribed group sessions, we adapted the Instrument for Evaluation of Individual Psychoanalytical Sessions (IEPPS), developed by Hauck et al. [In press] into an instrument for group psychotherapy sessions. This instrument evaluates a session to define it as psychoanalytic based, assessing the following parameters: neutrality, characteristics of the intervention, use of interpretation, use of psychoanalytic theory to understand the material and therapeutic aspects specifically related to the group setting. The original version of the instrument, developed for evaluation of individual sessions, showed good reliability (Alpha Cronbah's = 0,81; Kappa= 0,81) and discriminative validity, having only one factor with important participation of all items Hauck et al. [In press]. The first step, in order to adapt the instrument to evaluate group settings, was a wide-ranging revision of literature, followed by focal group discussions of the fundamental aspects which define group psychotherapy as psychoanalytically oriented.

The final version was tested by blinded evaluation of transcription psychoanalytic and cognitive-behavioral group sessions, and showed good discriminative validity and an excellent inter-rater reliability (kappa=1). Also, face validity was ensured by means of experts' assessment of the instrument, aiming to evaluate if it assesses what was intended: fundamental aspects that define a group psychotherapy session as psychoanalytically oriented. The resultant version is being tested under different circumstances in studies developed in the Psychiatric Department of Hospital de Clínicas de Porto Alegre and Universidade Federal do Rio Grande do Sul, following the validation process, which includes concurrent validity, in relation to PQS. The instrument is available upon request with Dr. Knijnik (knijnikd@terra.com.br).

Daniela Zippin Knijnik, Simone Hauck, Cláudio Laks Eizirik

Serviço de Psiquiatria, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre (RS), Brazil
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (RS), Brazil

Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (RS), Brazil

Clarissa Kirsten Mombach, Ellen Alves de Almeida

Serviço de Psiquiatria, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre (RS), Brasil
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre (RS), Brasil

Financing: The project was financed by the *Fundo de Incentivo à Pesquisa e Ensino do Hospital de Clínicas Porto Alegre (FIPE-HCPA)*, and was approved in respect of its ethical and methodological aspects by GPPG-HCPA.

Conflict of interests: The authors do not recognize any conflict.

REFERENCES

1. Fonagy P, Roth, A, Higgitt A (2005). Psychodynamic psychotherapies: evidence-based practice and clinical wisdom. *Bulletin of the Menninger Clinic*, **69**(1):1-58.
2. Hauck, S, Crestana, T, Mombach, CK, Almeida, É, Eizirik, CL Research in psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy: a new tool for the evaluation of adherence to the technique in studies of effectiveness. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, In Press.
3. Jones, E.E. (1985). Manual for the Psychotherapy Process Q-sort. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
4. Jones, E.E. (2000). *Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy*. Northvale: Jason Aronson.
5. Knijnik DZ, Kapczinski FP, Chachamovich E, Margis R, Eizirik CL (2004). Psychodynamic group treatment for generalized social phobia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, **26**(2):77-81.
6. Knijnik, DZ, Blanco, CJ, Moraes, C, Salum GA, Eizirik, CL Psychodynamic Group Therapy for Social Anxiety Disorder: A Treatment Manual. *International Journal of Group Psychotherapy. European Psychiatry*, In Press.
7. Leichsenring F, Rabung S, Leibing E (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, **61**(12):1208-16.
8. Leichsenring, F, Leibing, E (2007). Psychodynamic psychotherapy: a systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology Psychotherapy*, **80**(Pt 2), 217-228.
9. Milrod, B, Leon, AC, Busch, F (2007). A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, **164**, 265-272.
10. Roth A, Fonagy, P (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. Second Edition. New York: Guilford.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Hospital de Clínicas de Porto Alegre/UFRGS
Grupo de Pesquisa em Fobia Social

Número do estudo: _____ Nome do sujeito: _____
Data de nascimento: _____ Cód. de identidade do sujeito: _____
Médico supervisor: _____

Informações sobre o estudo ao paciente

Esta folha informativa tem o objetivo de fornecer a informação mínima para quem considerar participar neste estudo. Ela não elimina a necessidade do pesquisador de explicar e, se necessário, ampliar as informações nela contidas.

Antes de participar deste estudo, gostaríamos que você tomasse conhecimento do que ele envolve. Oferecemos abaixo alguns esclarecimentos sobre dúvidas que você possa ter. Em caso de qualquer dúvida quanto ao estudo, o que ele envolve e sobre os seus direitos, você deverá contatar a Dra. Daniela Zippin Knijnik pelo telefone (51) 3346. 6902 ou 9971.7427 ou o Dr. Cláudio Eizirik pelo telefone (051) 2101.8294.

Qual o nome deste estudo?

Fobia Social Generalizada: Um Estudo Comparativo de Duas Modalidades Terapêuticas”.

Qual é o objetivo do estudo?

Verificar a melhora de pessoas com fobia social que são tratadas com medicação e terapia em grupo comparadas com pessoas com fobia social que são tratadas apenas com medicação.

Como será este estudo?

Para participar do estudo, você será entrevistado individualmente. Para tanto, realizaremos uma avaliação que constará de uma entrevista psiquiátrica e da aplicação de escalas sobre o seu grau de ansiedade, grau de fobia social, prejuízo causado pela doença, qualidade de vida e tipos de mecanismos de defesa mais utilizados, com duração de cerca de duas horas. Seu médico também será solicitado a responder um questionário que avalia o seu “modo de ser”. As informações coletadas serão unicamente utilizadas para o estudo, assegurando-se seu sigilo e anonimato. Se você tiver o diagnóstico de fobia social e concordar em participar deste estudo, você fará parte de um sorteio (tipo cara ou coroa) no qual quem tirar cara receberá um tratamento com medicação e terapia de grupo e quem tirar coroa receberá um tratamento com apenas medicação. O tratamento será por 12 semanas. A cada duas semanas, você será convidado a responder às escalas novamente. O medicamento usado neste estudo será o clonazepam via oral, doses de 0,5 mg-2 mg. A terapia em grupo consiste em um grupo de no máximo 12 pessoas que tem o mesmo diagnóstico que você e que serão orientadas pela Dra. Daniela Zippin Knijnik, que será a terapeuta. Serão encontros de 90 minutos semanais ao longo destas 12 semanas.

Itens importantes

Você tem a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, sem fornecer um motivo, assim como pedir maiores informações sobre o mesmo e o procedimento a ser feito.

O que eu ganho com este estudo?

Sua colaboração neste estudo visa a aumentar o conhecimento científico sobre a fobia social. A curto e médio prazos, não há ganho específico pelo paciente ao participar deste estudo.

Quais são os meus direitos?

Os pesquisadores do Serviço de Psiquiatria e os representantes da Comissão de Ética do HCPA podem necessitar examinar os seus registros a fim de verificar as informações para o objetivo deste estudo. No entanto, os seus registros médicos serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados deste estudo poderão ser publicados em um jornal científico, mas você não será identificado pelo nome. Sua participação neste estudo é voluntária, de forma que, caso você decida não participar, isso não afetará o tratamento normal ao qual você tem direito.

Declaração:

Eu, _____ declaro que:

1. Concordo total e voluntariamente em fazer parte deste estudo.
2. Recebi uma explicação completa do objetivo do estudo, dos procedimentos envolvidos e do que se espera de mim. O médico explicou-me os possíveis problemas que podem surgir em consequência da minha participação neste estudo.
3. Concordo em cooperar inteiramente com o médico supervisor.
4. Estou ciente de que tenho total liberdade de desistir do estudo a qualquer momento e de que esta desistência não irá, de forma alguma, afetar meu tratamento ou a administração médica futura.
5. Estou ciente de que a informação nos meus registros médicos é essencial para a avaliação dos resultados do estudo. Concordo em liberar esta informação sob o entendimento de que ela será tratada confidencialmente.
6. Estou ciente de que não serei referido por nome em qualquer relatório relacionado a este estudo. Da minha parte, não devo restringir, de forma alguma, os resultados que possam surgir neste estudo.

Nome do paciente: _____

Assinatura do paciente: _____

Data: _____

Nome do pesquisador responsável: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Data: _____

APÊNDICE 2

PROTOCOLO DE PESQUISA

Hospital de Clínicas de Porto Alegre/UFRGS
Grupo de Pesquisa em Fobia Social

Grupo de origem: G1 G2 G3 Data: _____

A. Dados demográficos:

1. Nome: _____
2. Sexo: (0) feminino (1) masculino
3. Data de nascimento: _____ Idade: _____
4. Prontuário: _____
5. Endereço: _____ CEP: ____ Cidade: _____
6. Telefones: _____
7. Maior grau de instrução: _____ Anos completos de estudo: _____ anos
(Ensino fundamental = 1; Ensino fundamental incompleto = 2; Ensino médio completo = 3; Ensino médio incompleto = 4; Ensino superior incompleto = 5; Ensino superior completo = 6; Pós-graduação = 7)

B. Perfil socioeconômico:

1. Situação conjugal:
(Casado = 1; Solteiro = 2; Viúvo = 3; Divorciado = 4; Separado = 5)
2. Com quem vive atualmente:
(Sozinho = 1; Com os pais = 2; Com o cônjuge = 3; Com os filhos = 4; Com familiares = 5; Em instituição = 6; Outros = 7)
3. Ocupação:
(Emprego em tempo integral = 1; Emprego em meio-turno = 2; Dona de casa = 3; Aposentado = 4; Serviço militar = 5; Desempregado = 6; Estudante = 7; Outro = 8)
4. Renda individual (em salários mínimos): R\$ _____
5. Renda familiar: R\$ _____

6. Nível socioeconômico segundo IBGE: _____

Item	Não tem	1	2	3	4	5	6 ou +
TV	0	2	4	6	8	10	12
Rádio	0	1	2	3	4	5	6
Banheiro	0	2	4	6	8	10	12
Carro	0	4	8	12	16	16	16
Empregada	0	6	12	18	24	24	24
Telefone	0	5	5	5	5	5	5
Geladeira	0	2	2	2	2	2	2
Instruções do chefe da família						Pontos	
Analfabeto – Ensino fundamental incompleto						0	
Ensino fundamental completo						1	
Ensino médio incompleto						3	
Ensino médio completo – ensino superior incompleto						5	
Ensino superior completo						10	

Classe A: 35 ou + pontos (1)

Classe B: 21-34 pontos (2)

Classe C: 10-20 pontos (3)

Classe D: 5-9 pontos (4)

Classe E: 0-4 pontos (5)

C. Dados gerais:

- Idade de início dos sintomas de fobia social: _____ anos
- Tempo de duração da fobia social: _____ anos
- Tempo entre o diagnóstico de fobia social e procura por tratamento: _____ anos
- Presença de trauma que relacione com a fobia social: _____
- História familiar para doença psiquiátrica:
(Transtorno do pânico = 1; Transtorno de ansiedade = 2; Transtorno do humor (bipolar, depressão, etc.) = 3; Dependência química = 4; Outra = 5; Não sabe = 6; Não tem = 7)

6. Grau de parentesco:
(Mãe = 1; Pai = 2; Irmãs = 3; Irmãos = 4; Avós maternos = 5; Avós paternos = 6; Tios maternos = 7; Tios paternos = 8; Primos maternos = 9; Primos paternos = 10; Filhas = 11; Filhos = 12; Não sabe = 13; Não tem = 14)
7. Associação com fator estressor e início da fobia social:
(Sim = 1; Não = 2; Não sabe = 3)
8. Categoria de eventos vitais:
Trabalho (mudança de trabalho, dificuldade com a chefia, perda de emprego, reconhecimento profissional, perda de oportunidade, briga) = 1; Perda de suporte social (morte de algum familiar, morte de um amigo, morte de um cônjuge) = 2; Família (doença na família, separação, casamento, gravidez, nascimento, briga) = 3; Mudanças no ambiente (mudança na escola, mudança na casa, mudança do número de pessoas morando na casa) = 4; Dificuldades pessoais (problemas de saúde, mudanças de hábitos pessoais, mudanças de atividades sociais, mudanças recreativas, mudanças de atividades religiosas, acidentes, dificuldades sexuais, aposentadoria) = 5; Questões financeiras (perdas, dívidas) = 6

Tempo	Evento vital	Categoria

D. Variáveis do estudo

1. Instrumentos de avaliação

Escala	Triagem	Semana 1	Semana 6	Semana 12
CGI-S				
CGI-I				
LSAS Total				
WHOQOL-Bref				
DSQ-40				
BDI				