

Tratamento do transtorno de ansiedade social em crianças e adolescentes

Treatment of social anxiety disorder in children and adolescents

LUCIANO ISOLAN¹, GABRIEL PHEULA², GISELE GUS MANFRO³

¹Médico psiquiatra. Psiquiatra da Infância e da Adolescência. Mestre em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

²Médico psiquiatra. Psiquiatra da Infância e da Adolescência. Mestrando em Psiquiatria/UFRGS.

³Professora do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS e do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da UFRGS.

Recebido: 18/09/2006 – Aceito: 19/10/2006

Resumo

Contexto: Transtorno de ansiedade social é um transtorno incapacitante e altamente prevalente em crianças e adolescentes ao longo da vida, de acordo com os critérios do DSM-IV, variando de 0,7% a 3,5%. Se não tratado, pode interferir no funcionamento emocional, social e escolar. **Objetivos:** Avaliar a evidência atual para a eficácia e efetividade de intervenções farmacológicas e psicoterápicas no tratamento do transtorno de ansiedade social na infância e na adolescência. **Métodos:** Pesquisas foram realizadas por meio do PubMed, Lilacs, PsycINFO e Cochrane Library até agosto de 2006 usando os termos “social anxiety disorder” OR “social phobia” AND “child*” AND “adolesc*”. **Resultados:** Várias modalidades de tratamento, incluindo tratamentos psicoterápicos e farmacológicos, têm sido propostas para o tratamento desse transtorno. Terapia cognitivo-comportamental e farmacoterapia, principalmente com inibidores seletivos da recaptção de serotonina, são o tratamento de escolha para o transtorno de ansiedade social nessa idade. **Conclusões:** Embora vários tratamentos tenham sido propostos, estudos adicionais são necessários para melhorar os desfechos em crianças e adolescentes afetados com transtorno de ansiedade social.

Isolan, L. et al. / Rev. Psiq. Clín. 34 (3); 125-132, 2007

Palavras-chave: Transtorno de ansiedade social, fobia social, crianças, adolescentes, tratamento.

Abstract

Background: Social anxiety disorder is a debilitating, highly prevalent disorder in children and adolescents with lifetime prevalence rates, according to DSM-IV criteria, ranging from 0.7% to 3.5%. If left untreated, it can interfere with emotional, social, and school functioning. **Objective:** To evaluate the current evidence for efficacy and effectiveness of pharmacological and psychotherapeutic interventions in the treatment of social anxiety disorder in children and adolescents. **Methods:** Searches were undertaken through PubMed, Lilacs, PsycINFO and Cochrane Library until August 2006, using the terms “social anxiety disorder” OR “social phobia” AND “child*” AND “adolesc*”. **Results:** Several treatment modalities, including psychotherapeutic and pharmacological treatments have been proposed for the treatment of this disorder. Cognitive-behavioral therapy and pharmacotherapy, mainly with selective serotonin reuptake inhibitors, are the treatments of choice for social anxiety disorder in this age. **Conclusion:** Although several treatments have been proposed, further studies are necessary to improve outcomes in affected children and adolescents with social anxiety disorder.

Isolan, L. et al. / Rev. Psiq. Clín. 34 (3); 125-132, 2007

Key-words: Social anxiety disorder, social phobia, children, adolescents, treatment.

Introdução

O transtorno de ansiedade social (TAS), também conhecido como fobia social, é um transtorno de ansiedade caracterizado por medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, nas quais o indivíduo é exposto a pessoas estranhas ou ao possível escrutínio por outras pessoas (APA, 2000). O indivíduo teme agir de um modo que lhe seja humilhante ou embaraçoso e as situações fóbicas são evitadas ou enfrentadas com intensa ansiedade e sofrimento (APA, 2000).

O TAS apareceu primeiramente como entidade diagnóstica no DSM-III (APA, 1980), com critérios semelhantes aos encontrados atualmente no DSM-IV-TR. Embora o diagnóstico de TAS nunca tenha sido restrito aos adultos, as crianças e os adolescentes com sintomas de ansiedade social eram mais frequentemente classificados, pelo DSM-III-R (APA, 1987), como tendo transtorno de evitação (TE), o qual se caracterizava, principalmente, por medo e evitação em relação a pessoas estranhas. Tendo em vista que os sintomas, tanto do TE como do TAS, se sobrepunham e que as pesquisas não evidenciavam uma diferenciação específica entre esses dois transtornos (Francis *et al.*, 1992; Last *et al.*, 1992), decidiu-se, a partir do DSM-IV (APA, 1994), excluir o TE como entidade diagnóstica e as crianças e adolescentes com TE passaram a ser diagnosticados com tendo TAS.

Utilizando os critérios do DSM-III-R, prevalência de 2,5% para TAS em 3 meses foi encontrada em crianças e adolescentes entre 8 e 17 anos (Simonoff *et al.*, 1997). Quando se utilizou prevalência para 6 meses, verificou-se que aproximadamente 5% dos adolescentes entre 12 e 18 anos apresentavam critérios diagnósticos segundo o DSM-III-R para TAS (Costello *et al.*, 1996; Verhulst *et al.*, 1997), e o sexo feminino esteve associado a maiores prevalências. Dois grandes estudos epidemiológicos realizados na Alemanha (Essau *et al.*, 1999; Wittchen *et al.*, 1999), utilizando os critérios diagnósticos do DSM-IV para TAS, verificaram prevalências de 0,5% em crianças e de 2% a 4% em adolescentes. Dados de um grande estudo epidemiológico e de seguimento de transtornos psiquiátricos na infância e adolescência que incluiu os critérios diagnósticos tanto do DSM-III-R quanto do DSM-IV verificaram prevalências de 0,8% para a faixa etária entre 9 e 12 anos e de 1,7% para a faixa etária entre 13 e 17 anos (Costello *et al.*, 1996). Um estudo epidemiológico realizado em Taubaté, no Brasil, com 1.251 indivíduos, entre 7 e 14 anos, constatou prevalência para TAS, segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV, de 0,7% (Bilyc-Fleitlich e Goodman, 2004). As diferentes prevalências encontradas nos diversos estudos provavelmente se devem aos diferentes critérios diagnósticos utilizados, à metodologia dos estudos, às fontes de informação e aos critérios utilizados para determinar significância clínica.

Os dados epidemiológicos sugerem que adolescentes têm maiores prevalências de TAS que crianças. Essau *et al.* (1999) têm encontrado prevalências de 0,5% entre 12 e 13 anos e 2% entre 14 e 15 anos. Já Wittchen *et al.* (1999) encontraram prevalências de 4% entre 14 e 17 anos e 8,7% entre 18 e 24 anos. Similarmente, o estudo longitudinal desenvolvido por Costello *et al.* (1999) evidenciou que transtornos como ansiedade social, pânico, depressão e uso de substâncias aumentavam com a idade, ao passo que o transtorno de ansiedade de separação e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade tendiam a diminuir com a idade. O início do TAS costuma ocorrer durante a adolescência (Turner *et al.*, 1986; Last *et al.*, 1992; Grant *et al.*, 2005), porém podem ocorrer casos com início mais precoce, ao redor dos 7 ou 8 anos (Strauss e Last, 1993), o que parece estar associado a pior prognóstico (Scheneier *et al.*, 1992).

O TAS é um transtorno psiquiátrico comum na infância e na adolescência, com algumas características peculiares nessa faixa etária, e tem sido associado com importantes prejuízos sociais, ocupacionais e familiares, além de predispor ao uso de drogas e ao desenvolvimento de depressão e de outros transtornos de ansiedade (Pine *et al.*, 1998; Stein *et al.*, 2001). Diversas modalidades de tratamento tanto psicoterápicas quanto farmacológicas vêm sendo utilizadas no tratamento do TAS na infância e na adolescência.

O objetivo desta revisão é avaliar as diferentes abordagens terapêuticas, tanto psicoterápicas quanto farmacológicas, utilizadas nesse transtorno. Para isso, efetuou-se uma revisão bibliográfica via base de dados PubMed, Lilacs, PsycINFO e Cochrane Library, até junho de 2006, utilizando os termos “social anxiety disorder” OR “social phobia” AND “child*” AND “adolesc*”. Também foram revisadas as referências bibliográficas dos principais artigos encontrados e livros-texto especializados.

Tratamento

Tratamento farmacológico

O papel da farmacoterapia no tratamento do TAS em adultos tem sido bem estabelecido. Diversas classes de medicações antidepressivas, como os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs), inibidores da monoaminoxidase (IMAOs) e outras classes de antidepressivos, assim como benzodiazepínicos e determinados anticonvulsivantes, têm-se mostrado eficazes no tratamento do TAS no adulto (Stein *et al.*, 2004; Muller *et al.*, 2005). Porém, comparando-se com a literatura relacionada a adultos, ainda há poucos estudos bem delineados que avaliam o uso de medicações no tratamento do TAS em crianças e adolescentes. Tendo em vista que o TAS nessa faixa etária, frequentemente, é comórbido e que os sintomas se sobrepõem a outros transtornos de ansiedade, como transtorno de ansiedade

de separação e transtorno de ansiedade generalizada, há alguns estudos que avaliam esses três transtornos em conjunto e que serão incluídos nesta revisão.

Estudos abertos e relatos de caso têm demonstrado a eficácia de diversas classes de medicações no tratamento dos transtornos de ansiedade, incluindo TAS na infância e adolescência (Beidel *et al.*, 2001; Seidel e Walkup, 2006). Estudos avaliando antidepressivos como fluoxetina (Birmaher *et al.*, 1994; Fairbanks *et al.*, 1997), sertralina (Comptom *et al.*, 2001), citalopram (Kosieradzki, 2001; Chavira e Stein, 2002) e séries de caso utilizando diferentes fármacos, como paroxetina, sertralina e nefazodona (Mancini *et al.*, 1999), têm demonstrado a eficácia dos antidepressivos no tratamento do TAS nessa faixa etária. Um estudo aberto realizado por Simeon e Ferguson (1987), em 12 crianças e adolescentes, demonstrou a eficácia do benzodiazepínico alprazolam no tratamento do transtorno de ansiedade excessiva e/ou transtorno evitativo. Os IMAOs não têm sido utilizados no tratamento de crianças e adolescentes com TAS, porém há uma série de cinco casos com mutismo seletivo que respondeu à fenelzina (Golwyn e Weinstock, 1990).

Alguns ensaios clínicos aleatorizados também vêm sendo realizados no tratamento do TAS na infância e adolescência, com diferentes classes de medicações e resultados diversos. Simeon *et al.* (1992) realizaram um estudo com alprazolam, em 30 pacientes, no tratamento de ansiedade excessiva e/ou transtorno evitativo e não constataram diferenças em relação ao placebo ao final de 4 semanas. Tratou-se de um estudo com curta duração de tratamento, que não utilizou critérios diagnósticos padronizados e cujas avaliações de eficácia e de efeitos adversos não foram feitas por avaliadores independentes.

Um estudo multicêntrico (RUPP, 2001) avaliou o uso da fluvoxamina por 8 semanas, em crianças e adolescentes, entre 6 e 17 anos, com diagnóstico principal de transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade de separação e TAS. Após uma avaliação basal, os pacientes foram submetidos à terapia de apoio psicoeducacional de 3 semanas. Os 128 pacientes não respondedores a essa intervenção foram, então, randomizados para o grupo da fluvoxamina (50 a 300 mg/dia) ($n = 63$) ou para o grupo placebo ($n = 65$). Após 8 semanas de tratamento, os pacientes do grupo da fluvoxamina apresentavam melhoras significativas nas duas medidas de desfecho primário. Os pacientes do grupo da fluvoxamina tinham diminuição média (\pm DP) de $9,7 \pm 6,9$ pontos nos sintomas de ansiedade na Pediatric Anxiety Rating Scale, comparada com diminuição média de $3,1 \pm 4,8$ dos pacientes do grupo placebo ($p < 0,001$). Na CGI-M, 48 dos 63 pacientes do grupo da fluvoxamina (76%) apresentaram CGI < 4 , comparados com 19 dos 65 pacientes (29%) do grupo placebo ($p < 0,001$). Cinco pacientes do grupo da fluvoxamina descontinuaram por efeitos adversos em comparação com apenas um paciente do grupo placebo. Os efeitos adversos que ocorreram

com frequência significativamente superior ao placebo foram desconforto abdominal (49% vs. 28%) e aumento da atividade motora (27% vs. 12%). Algumas limitações a esse estudo foram a breve duração do estudo, a falta de avaliadores independentes na aferição das medidas de eficácia e dos efeitos adversos e a exclusão de pacientes que apresentassem outros transtornos psiquiátricos comórbidos, além dos três transtornos de ansiedade em questão. Posteriormente, a partir dos dados desse estudo, esse mesmo grupo realizou um ensaio aberto de 6 meses de duração (RUPP, 2002) e verificou que 33 dos 35 (94%) respondedores à fluvoxamina continuavam apresentando critérios de resposta (CGI-I < 4), 10 dos 14 (71%) pacientes não respondedores à fluvoxamina e que foram trocados para fluoxetina apresentaram resposta e que 27 dos 48 (56%) não respondedores a placebo apresentaram resposta à fluvoxamina. Apesar de um tamanho de amostra considerável para um estudo de seguimento, uma limitação desse estudo é que não avaliou o seguimento dos pacientes que não receberam a medicação.

Um ensaio clínico randomizado com 12 semanas de duração, o qual avaliou a eficácia da fluoxetina, foi realizado por Birmaher *et al.* (2003), com 74 crianças e adolescentes, entre 7 e 17 anos, que apresentavam transtorno de ansiedade generalizada, TAS ou transtorno de ansiedade de separação. Os pacientes foram randomizados para fluoxetina ou placebo e eram examinados a cada 2 semanas por enfermeiras que avaliavam a eficácia e os efeitos adversos. Oitenta e um por cento da amostra completou as 12 semanas de tratamento. Com uma análise *intention to treat*, observou-se, utilizando como critério de resposta escore de CGI-M ≤ 2 , que 61% (22/36) do grupo da fluoxetina versus 35% (13/37) do grupo placebo foram considerados respondedores ($p = 0,03$). Quando diagnósticos específicos foram analisados separadamente, pacientes que apresentavam TAS e que utilizaram fluoxetina apresentavam respostas de 76% versus 21% dos que utilizaram placebo ($p = 0,001$). Nesse estudo, a fluoxetina foi bem tolerada, exceto por cefaléias e sintomas gastrointestinais leves e transitórios. Algumas limitações desse estudo foram que excluiu transtornos psiquiátricos comuns como transtorno depressivo, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de estresse pós-traumático. Outras limitações foram que os avaliadores não eram independentes para avaliar desfechos e efeitos adversos e que o estudo não permitiu o uso de doses de fluoxetina maiores que 20 mg/dia. Esse mesmo grupo realizou um estudo de seguimento de 1 ano de duração com 42 pacientes em uso de fluoxetina e em 10 pacientes sem medicação provenientes desse estudo (Clark *et al.*, 2005). Ao término do seguimento, observou-se que os pacientes que utilizaram fluoxetina, quando comparados ao grupo que não usou medicação, apresentavam melhores respostas tanto em medidas de desfecho clínicas e parentais quanto em medidas auto-aplicativas.

Um grande ensaio clínico multicêntrico, duplo-cego, randomizado, controlado com placebo, com 16 semanas de duração, avaliou o uso da paroxetina em 322 crianças e adolescentes, entre 8 e 17 anos, com TAS (Wagner *et al.*, 2004). Ao final das 16 semanas, observou-se resposta, utilizando como critério CGI-M ≤ 2 , em 77,6% (125/161) no grupo da paroxetina *versus* resposta de 38,3% (59/154) no grupo placebo ($p < 0,001$). A paroxetina também apresentou melhoras significativas em relação ao placebo em todas as outras cinco medidas de desfecho secundárias. A maioria dos efeitos adversos foi de intensidade leve a moderada. Os efeitos adversos considerados associados ao tratamento (incidência $\geq 5\%$ e pelo menos duas vezes a do placebo) foram insônia, diminuição do apetite e vômitos. Em relação à descontinuação do tratamento, 5,5% (9/163) dos pacientes do grupo da paroxetina comparados com 1,3% (2/156) do grupo placebo descontinuaram o estudo por efeitos adversos. Labilidade emocional ocorreu em 2,5% (4/163) pacientes no grupo da paroxetina e em 1,3% (2/156) no grupo placebo. Não se observou ideação suicida nos pacientes com labilidade emocional no grupo placebo, mas sim em todos os quatro pacientes do grupo da paroxetina, e um desses pacientes apresentou comportamento automutilatório. Alguns empecilhos desse estudo foram a exclusão de outros diagnósticos comórbidos comuns ao TAS, o que poderia limitar a generalização dos achados. Outras limitações foram as instruções comportamentais para a exposição às situações fóbicas contidas no material psicoeducativo fornecido no início do estudo, a falta de medidas de confiabilidade entre os diferentes centros e o uso de avaliadores não independentes na avaliação dos desfechos e dos efeitos adversos.

Tratamento psicoterápico

Há uma grande quantidade de estudos avaliando o papel da psicoterapia, comparado com os estudos com psicofármacos, em crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade. Entretanto, estudos bem delineados avaliando abordagens psicoterápicas específicas no TAS na infância e adolescência ainda são escassos quando comparados aos estudos em adultos. As abordagens psicoterápicas utilizadas no tratamento dos transtornos de ansiedade, incluindo TAS na infância e na adolescência, incluem a psicanálise, a psicoterapia de orientação analítica, a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a terapia familiar, a psicoterapia de apoio e outras formas de psicoterapia. Entre essas, a TCC é a que tem demonstrado maior eficácia em estudos controlados.

Kendall (1994) realizou o primeiro ensaio clínico controlado com TCC em crianças e adolescentes com transtorno de ansiedade. Nesse estudo, 47 crianças e adolescentes, entre 9 e 13 anos de idade, com transtorno de ansiedade excessiva, transtorno de ansiedade de separação e transtorno evitativo, foram randomizados para TCC ou para uma lista de espera de 8 semanas.

A TCC, chamada nesse estudo de Coping Cat Program, consistia em ensinar ao paciente a reconhecer seus sintomas de ansiedade, modificar as suas cognições negativas em situações ansiogênicas, desenvolver um plano para lidar com a ansiedade, estimular a exposição gradual às situações temidas e o auto-reforço. Após as 16 semanas de tratamento, além da melhora observada nas avaliações auto-aplicativas e parentais, 66% dos pacientes randomizados para TCC não mais preenchiam critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade, comparados com apenas 5% do grupo da lista de espera. Tais resultados se mantiveram por um período de 1 ano. Em uma avaliação de seguimento, após 2 a 5 anos (média 3,5 anos), foram reavaliados 36 desses pacientes e as melhoras nas medidas auto-aplicativas, parentais e nos critérios diagnósticos se mantiveram (Kendall e Southam-Gerow, 1996). Posteriormente, Kendall *et al.* (1997) realizaram um estudo similar ao seu primeiro estudo e encontraram resultados compatíveis. Especificamente, 53% dos pacientes tratados com TCC não preenchiam mais critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade, comparados com 6% dos pacientes da lista de espera.

Barret *et al.* (1996) avaliaram a eficácia da TCC, por meio do Coping Cat Program, associado a uma abordagem familiar, em 79 crianças e adolescentes, entre 7 e 14 anos, com transtornos de ansiedade. Dezenove (27%) desses pacientes tinham TAS. Os pacientes foram randomizados para TCC, TCC + abordagem familiar e para uma lista de espera. Após 12 semanas, ambos os tratamentos ativos foram superiores à lista de espera, porém o tratamento que continha a abordagem familiar foi significativamente superior ao tratamento com TCC apenas. Observou-se que 84% dos pacientes que participaram da TCC + abordagem familiar não preenchiam mais critérios diagnósticos, comparados com 57% do grupo que participou da TCC e 26% do grupo da lista de espera. Tais ganhos se mantiveram em avaliações 6 e 12 meses após o tratamento. Entre os pacientes com TAS, 61,5% dos que participaram dos tratamentos ativos estavam sem o diagnóstico ao final do estudo. Em um seguimento de 6 anos, com 52 pacientes da amostra original, os resultados foram mantidos. Cerca de 85% dos pacientes que receberam tratamento ativo não preenchiam critérios para transtorno de ansiedade e não houve diferença significativa entre os tratamentos ativos (Barret *et al.*, 2001).

Diversos outros estudos com diferentes modalidades de TCC, individual ou em grupo, com ou sem participação parental/familiar, também têm demonstrado a eficácia dessa intervenção psicoterápica no tratamento de crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade (Flannery-Schroeder e Kendall, 2000; Barret, 1998; Silverman *et al.*, 1999; Mendlowitz *et al.*, 1999; Short *et al.*, 2001; Manassis *et al.*, 2002; Nauta *et al.*, 2003; Wood *et al.*, 2006). Uma metanálise recente (James *et al.*, 2005), envolvendo 13 ensaios clínicos randomizados com 498

pacientes e 311 controles, demonstrou que a resposta à TCC para qualquer transtorno de ansiedade foi de 56% comparada com 28,2% para o grupo controle (RR: 0,6; IC de 95%: 0,53-0,69) e o número necessário para tratar (NNT) encontrado foi de 3 (IC de 95%: 2,5-4,5). Diferentes formatos de TCC, como individual, grupal, parental ou familiar, apresentaram resultados similares.

Embora os estudos até aqui descritos tenham implicações no tratamento do TAS na infância e adolescência, tais resultados devem ser vistos com cautela, tendo em vista que tais amostras não eram constituídas apenas com pacientes com TAS e que raramente eram utilizados instrumentos específicos na avaliação dos sintomas de ansiedade social.

Albano *et al.* (1995) desenvolveram o primeiro programa de TCC específico para o tratamento do TAS na adolescência. Essa intervenção foi chamada de Group Cognitive-Behavioral Treatment for Adolescents (GCBT-A) e consistia em psicoeducação, treinamento de habilidades sociais, resolução de problemas, treinamento de assertividade, reestruturação cognitiva e terapia de exposição às situações ansiogênicas. Cinco adolescentes entre 13 e 17 anos foram tratados por um período de 3 meses, com tratamento parental em algumas sessões. Ao final do tratamento, quatro adolescentes não mais apresentavam critérios diagnósticos para TAS e tais resultados se mantiveram 1 ano após. Apesar dos bons resultados, esse estudo tinha uma amostra muito pequena e estudos controlados e com amostras maiores são necessários. A eficácia do GCBT-A foi avaliada posteriormente em um estudo controlado desenvolvido por Hayward *et al.* (2000) com 35 adolescentes, do sexo feminino, com média de idade de 15,5 anos, com TAS. Após o tratamento, 45% das adolescentes que foram tratadas não apresentavam mais critérios diagnósticos para TAS, comparadas com apenas 4% das adolescentes que não receberam tratamento. Porém, após 1 ano de seguimento, não havia diferenças significativas entre os grupos tanto na frequência de pacientes sem diagnóstico quanto nos escores médios de sintomas fóbicos avaliados por meio da Social Phobia Anxiety Inventory (SPAI).

Beidel *et al.* (2000) também desenvolveram um programa chamado de Social Effectiveness Therapy for Children (SET-C) para o tratamento de crianças com TAS. Esse tratamento cognitivo-comportamental incluía treinamento de habilidades sociais em grupos, exposição às situações ansiogênicas e treinamento de generalização com pares no qual crianças da comunidade interagem com crianças com TAS e serviam como modelos para essas crianças aprenderem comportamentos sociais apropriados. O primeiro ensaio clínico randomizado que utilizou essa modalidade de tratamento (Beidel *et al.*, 2000) avaliou 67 crianças entre 8 e 12 anos de idade, que foram randomizadas para o SET-C ou para uma intervenção ativa não-específica. O tratamento consistia em duas sessões semanais (uma individual e uma em grupo) e tinha duração de 3 meses.

Ao final do tratamento, 67% do grupo que participou do SET-C não preenchia mais critérios diagnósticos para TAS comparado com 5% do grupo que recebeu intervenção não-específica. Após 6 meses de tratamento, 85% das crianças que participaram do SET-C não apresentavam mais critérios para TAS. Os resultados desse estudo foram muito encorajadores, visto que, além da diferença de resposta entre ambos os grupos, a intervenção (SET-C) foi comparada com um tratamento ativo não-específico. Posteriormente, esses mesmos autores (Beidel *et al.*, 2005) avaliaram a eficácia do SET-C no TAS, após 3 anos de seguimento, em 29 crianças e adolescentes, dos 32 que participaram do protocolo de tratamento inicial. Esse estudo demonstrou que, após seguimento de 3 anos, a maioria dos pacientes havia mantido os ganhos com o tratamento e que 72% dos pacientes permaneciam sem apresentar critérios para TAS.

Spence *et al.* (2000) também desenvolveram um programa cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes com TAS chamado Social Skills Training: Enhancing Social Competence in Children and Adolescents (SST) que enfatizava o treinamento de habilidades sociais e a exposição, mas que também incluía psicoeducação, reestruturação cognitiva e técnicas de relaxamento. Um ensaio clínico (Spence *et al.*, 2000) avaliou 50 crianças entre 7 e 14 anos que foram randomizadas para TCC com envolvimento parental, TCC sem envolvimento parental ou para lista de espera. Nesse estudo, o envolvimento parental consistia em ensinar e estimular os pais a reforçarem as habilidades sociais adquiridas pelos seus filhos e a encorajarem a participação dos filhos em atividades sociais fora das sessões. Ao final de 3 meses de tratamento, 87,5% das crianças que participaram da TCC com envolvimento parental e 58% das crianças que participaram da TCC sem envolvimento parental não apresentavam mais o diagnóstico de TAS comparadas com 7% do grupo da lista de espera. Apesar de haver uma tendência para maior melhora no grupo da TCC com envolvimento parental, não houve diferença significativa com o grupo sem envolvimento parental. Esses resultados se mantiveram em seguimentos 6 e 12 meses após o término do estudo.

Gallagher *et al.* (2004) realizaram um ensaio clínico randomizado avaliando uma forma abreviada de TCC em grupo (três sessões, uma vez por semana, com cerca de 3 horas de duração) para 23 crianças, entre 8 e 11 anos, e verificaram que após 3 semanas de tratamento as crianças que participaram do grupo da TCC apresentavam melhoras significativas dos sintomas fóbico-sociais em medidas clínicas, auto-aplicativas e parentais comparadas ao grupo de crianças da lista de espera. Após o término do tratamento, observou-se também que as crianças que participaram da TCC em grupo apresentaram diminuição dos diagnósticos de TAS comparadas ao grupo que não recebeu a intervenção. Trata-se de um estudo promissor que utilizou uma técnica abreviada da TCC com resultados satisfatórios em um curto período

de tempo, porém algumas limitações desse estudo foram o pequeno tamanho amostral e a não-utilização de um controle ativo.

Masia *et al.* (2001), realizando um trabalho inovador, utilizaram o protocolo adaptado do SET-C, que chamaram de Skills for Academic and Social Success (SASS) para o uso em ambientes escolares. Foram tratados 6 adolescentes com TAS em 14 sessões em grupo. Ao final do tratamento, 3 dos 6 adolescentes não mais preenchiam critérios diagnósticos para TAS. Posteriormente, esse mesmo grupo (Masia-Warner *et al.*, 2005) realizou um ensaio clínico utilizando essa mesma abordagem em 35 adolescentes e verificou que, além da melhora significativa nos sintomas fóbico-sociais, 67% dos pacientes tratados não apresentavam mais critérios de TAS comparados com 6% dos pacientes da lista de espera. Tais achados são muito importantes, já que muitos dos adolescentes com TAS não procuram atendimento e intervenções realizadas em ambientes escolares poderiam ter um alcance maior no tratamento desses pacientes.

Mais recentemente, Garcia-Lopez *et al.* (2006) avaliaram a eficácia da TCC, após um seguimento de 5 anos, no TAS em adolescentes que foram tratados originalmente em estudos controlados com o CGBT-A, ou com o Social Effectiveness Therapy for Adolescents – Spanish Version (SET-Asv), ou com o Intervencion en Adolescentes com Fobia Social (IAFS). Vinte e três pacientes puderam ser avaliados 5 anos após a intervenção. Os resultados demonstraram que as melhoras obtidas com o tratamento inicial e após 1 ano se mantinham 5 anos após o seguimento. Algumas limitações desse estudo foram o tamanho reduzido da amostra e a não-utilização de medidas parentais.

Em relação a outras modalidades psicoterápicas, além das abordagens cognitivo-comportamentais, não foram encontrados estudos controlados que avaliassem a eficácia de tais tratamentos, bem como também não se constataram estudos comparativos avaliando diferentes formas de psicoterapias entre si.

Conclusões

Durante os últimos anos, o TAS na infância e na adolescência tem sido descrito como um transtorno psiquiátrico prevalente, incapacitante e associado com prejuízos importantes ao longo do desenvolvimento do indivíduo.

Embora existam poucos ensaios clínicos controlados avaliando o tratamento farmacológico em crianças e adolescentes com TAS, os dados atuais amparam o uso dos ISRSs como o tratamento farmacológico de primeira escolha nessa condição. Recentemente, tem havido certa preocupação com o uso de antidepressivos na infância e na adolescência, já que tais medicações poderiam estar associadas a um risco aumentado de ideação e de comportamento suicida (suicidalidade). Hammad *et al.* (2006) analisaram os dados referentes a 4.582 pacientes

provenientes de 24 ensaios clínicos, avaliando nove drogas antidepressivas. Dezesesseis estudos avaliaram pacientes com transtorno depressivo maior, quatro, com transtorno obsessivo-compulsivo, dois, com transtorno de ansiedade generalizada, um, com TAS e um, com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Apesar de não ter havido nenhum episódio de suicídio em todos os estudos analisados, o risco associado aos ISRSs nos estudos com depressão foi de 1,66 (IC de 95%: 1,02-2,68) e o risco associado a todos os antidepressivos em todos os estudos avaliados foi de 1,95 (IC de 95%: 1,28-2,9). No único estudo analisado com TAS, observou-se que a paroxetina esteve associada a alto risco de suicidalidade, que foi de 6,62 (IC: 0,34-127,14), porém o intervalo de confiança não foi significativo. Os autores concluíram que o uso de antidepressivos em crianças e adolescentes está associado com modesto aumento no risco de suicidalidade. Dessa forma, o uso dos ISRSs e de outros antidepressivos pode ser prescrito nessa faixa etária, porém o médico deve estar ciente dos riscos e da suicidalidade associados a essa classe de medicações, principalmente no início do tratamento. Os pais dos pacientes também devem ser instruídos a respeito desse potencial evento adverso e aprender a identificar sintomas associados à suicidalidade. Estudos futuros deveriam avaliar o tempo ideal de tratamento e se o tratamento farmacológico seria capaz de mudar o curso da doença e de prevenir o surgimento de outros transtornos psiquiátricos. A utilização de medidas padronizadas para avaliar suicidalidade também deveria fazer parte de estudos futuros. Ensaio clínico que avaliasse outras classes de medicamentos, como, por exemplo, o uso de anticonvulsivantes e antipsicóticos, também são necessários, tendo em vista as preocupações atuais com o uso dos ISRSs em crianças e adolescentes.

Entre as diferentes formas de psicoterapia, a TCC é a que vem apresentando maiores evidências de eficácia. Os estudos com TCC têm apresentado diversas qualidades metodológicas, como a utilização de entrevistas estruturadas, avaliadores independentes, protocolos padronizados de tratamento e múltiplas medidas de desfecho. Algumas questões ainda permanecem em aberto, como, por exemplo, quais os componentes específicos dos protocolos de TCC que seriam mediadores de resposta. Outras questões que também precisam ser mais bem elucidadas são a presença ou não dos pais no tratamento e a forma de tratamento, se individual ou em grupo. Estudos com TCC avaliando amostras maiores ainda são necessários, bem como estudos em ambientes não especializados, como em centros de atenção primária, em ambulatórios de pediatria e em escolas, o que propiciaria maior disseminação dessa abordagem psicoterápica. Estudos avaliando outras formas de psicoterapia também se fazem necessários.

No momento, ainda não há estudos comparando psicofarmacoterapia com TCC. É difícil comparar essas duas intervenções, tendo em vista que os estudos com

TCC utilizam, na maior parte das vezes, controles com lista de espera e nas análises costumam avaliar apenas os que completaram os estudos, em vez de avaliar a população *intention to treat*. Apesar de se ter poucos dados quanto à descontinuação dos psicofármacos, os pacientes que foram tratados com TCC costumam manter seus ganhos com o tratamento no seguimento. A TCC é, provavelmente, o tratamento de primeira escolha para casos de TAS na infância e adolescência de intensidade leve a moderada. Em casos mais graves, ou quando não é possível uma abordagem cognitivo-comportamental, o médico deve prescrever ISRS. Em casos muito graves, às vezes, é necessário iniciar a medicação em um primeiro momento e depois instituir o tratamento psicoterápico. Outros componentes importantes no tratamento são a educação da família a respeito da doença, a comunicação regular com a escola e o adequado diagnóstico e tratamento dos transtornos psiquiátricos comórbidos.

Referências

- Albano, A.M. et al. Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents: a preliminary study. *J Nerv Ment Dis* 183:649-656, 1995.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd. ed. revised. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th. ed. revised. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- Barret, P.M. Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *J Clin Child Psychol* 27:459-468, 1998.
- Barret, P.M.; Dadds, M.R.; Rapee, R.M. Family treatment of childhood anxiety disorders: a controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 63:333-342, 1996.
- Barret, D.M. et al. Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: long-term (6 years) follow-up. *J Consult Clin Psychol* 69:134-141, 2001.
- Beidel, D.C.; Turner, S.M.; Morris, T.L. Behavioral treatment of childhood social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 68:1072-1080, 2000.
- Beidel, D.C. et al. The treatment of childhood social anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am* 24:831-846, 2001.
- Beidel, D.C. et al. Social effectiveness therapy for children: three-year follow-up. *J Consult Clin Psychol* 73:721-725, 2005.
- Birmaher, B. et al. Fluoxetine for childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:993-999, 1994.
- Birmaher, B. et al. Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 42:415-423, 2003.
- Bilyc-Fleitlich, B.; Goodman, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43:727-734, 2004.
- Chavira, D.A.; Stein, M.B. Combined psychoeducation and treatment with selective serotonin reuptake inhibitors for youth with generalized social anxiety disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 12:47-54, 2002.
- Clark, D.B. et al. Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders: open-label, long term extension to a controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 44:1263-1270, 2005.
- Compton, S.C. et al. Sertraline in children and adolescents with social anxiety disorder: an open trial. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 40:564-571, 2001.
- Costello, E.J.; Angold, A.; Keeler, G.P. Adolescent outcomes of childhood disorders: the consequences of severity and impairment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:121-128, 1999.
- Costello, E.J. et al. The Great Smoky Mountains Study of Youth: goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Arch Gen Psychiatry* 53:1129-1136, 1996.
- Essau, C.A.; Conradt, J.; Peterman, F. Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behav Res Ther* 37:831-843, 1999.
- Fairbanks, J.M. et al. Open fluoxetine treatment of mixed anxiety disorders in children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 7:17-29, 1997.
- Flannery-Schroeder, E.C.; Kendal, P.C. Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: a randomized clinical trial. *Cogn Ther Res* 24:251-278, 2000.
- Francis, G.; Last, C.G.; Strauss, C.C. Avoidant disorder and social phobia in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31:1086-1089, 1992.
- Gallagher, H.M.; Rabian, B.A.; Mc Closkey, M.S. A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *J Anxiety Disord* 18:459-479, 2004.
- Garcia-Lopez, L.J. et al. Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: a 5-year follow-up assessment. *J Anxiety Disord* 20:175-191, 2006.
- Golwyn, D.H.; Weinstock, R.C. Phenelzine treatment of elective mutism: a case report. *J Clin Psychiatry* 51:384-385, 1990.
- 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. *J Clin Psychiatry* 66:1351-1361, 2005.
- Hammad, T.A.; Laughren, T.; Racoosin, J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry* 63:332-339, 2006.
- Hayward, C. et al. Cognitive-behavioral group therapy for female socially phobic adolescents: results of a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39:721-726, 2000.
- James, A.; Soler, A.; Weatherall, R. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 19 (4):CD004690, 2005.
- Kendall, P.C. Treating anxiety disorders in children: results of a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 62:100-110, 1994.
- Kendall, P.C.; Southam-Gerow, M.A. Long-term follow-up of a cognitive behavioral therapy for anxiety disordered youth. *J Consult Clin Psychol* 64:724-730, 1996.
- Kendal, P.C. et al. Therapy for youth with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 65:366-380, 1997.
- Kosieradzki, P.H. Citalopram in social phobia. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 40:1126-1127, 2001.
- Last, C.G.; Perrin, S.; Hersen, M. DSM-III-R anxiety disorders in children: sociodemographic and clinical characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31:1070-1076, 1992.
- Manassis, K. et al. Group and individual cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety disorders: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41:1423-1430, 2002.
- Mancini, C.; Van Ameringen, M.; Oakman, J.M. Serotonergic agents in the treatment of social phobia in children and adolescents: a case series. *Depress Anxiety* 10:33-39, 1999.
- Masia, C.L.; Klein, R.G.; Storch, E.A. School-based behavioral treatment for social anxiety disorder: results of a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:780-786, 2001.
- Masia-Warner, C. et al. School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder: results of a controlled study. *J Abnorm Child Psychol* 33:707-722, 2005.
- Mendlowitz, S.L. et al. Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: the role of parental involvement. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:1223-1229, 1999.
- Muller, J.E. et al. Social anxiety disorder: current treatment recommendations. *CNS Drugs* 19:377-391, 2005.
- Nauta, M.H. et al. Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: no additional effect of a cognitive parent training. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42:1270-1278, 2003.
- Pine, D.S. et al. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 55:56-64, 1998.
- RUPP Anxiety Study Group. Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *N Eng J Med* 344:1279-1285, 2001.
- RUPP Anxiety Study Group. Treatment of pediatric anxiety disorders: an open label extension of The Research Units on Pediatric Psycho-

- pharmacologic Anxiety Study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 12: 175-188, 2002.
- Schneier, F.R. et al. Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiological study. *Arch Gen Psychiatry* 49:282-288, 1992.
- Seidel, L.; Walkup, J.T. Selective serotonin reuptake inhibitor use in the treatment of the pediatric non-obsessive compulsive disorder anxiety disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 16:171-179, 2006.
- Shortt, A.L.; Barret, P.M.; Fox, T.L. Evaluating the FRIENDS program: a cognitive-behavioural group treatment for anxious children and their parents. *J Clin Child Psychol* 30:525-535, 2001.
- Silverman, W.K. et al. Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 67:993-1003, 1999.
- Simeon, J.G.; Ferguson, H.B. Alprazolam effects in children with anxiety disorders. *Can J Psychiatry* 32:570-574, 1987.
- Simeon, J.G. et al. Clinical cognitive, and neuropsychological effects of alprazolam in children and adolescents with overanxious disorder and avoidant disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31: 29-33, 1992.
- Simonoff, E. et al. The Virginia twin study of adolescent behavioral development: influences of age, sex, and impairment on rates of disorder. *Arch Gen Psychiatry* 54:801-808, 1997.
- Spence, S.H.; Donovan, C.; Brechman-Toussaint, M. The treatment of childhood social phobia: the effectiveness of social skills training-based, cognitive-behavioral intervention with and without parental involvement. *J Child Psychol Psychiatry* 41:713-726, 2000.
- Stein, D.J.; Ipser, J.C.; Balkom, A.J. Pharmacotherapy for social phobia. *Cochrane Database Syst Rev* 8(4):CD001206, 2004.
- Stein, M.B. et al. Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry* 58:251-256, 2001.
- Strauss, C.C.; Last, C.G. Social and simple phobias in children. *J Anxiety Disord* 1:141-152, 1993.
- Turner, S.M. et al. Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *J Abnorm Psychol* 95:389-394, 1986.
- Verhulst, F.C. et al. The prevalence of DSM-III-R disorders in a national sample of Dutch adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 54:329-336, 1997.
- Wagner, K.D. et al. A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of paroxetine in children and adolescents with social anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 61:1153-1162, 2004.
- 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. *Psychol Med* 29:309-323, 1999.
- Wood, J.J. et al. Family-cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45:314-321, 2006.