

Eficácia do tratamento cognitivo e/ou comportamental para o transtorno de ansiedade social

Effectiveness of cognitive and/or behavioral therapy for social anxiety disorder

Sara Costa Cabral Mululo¹, Gabriela Bezerra de Menezes², Leonardo Fontenelle³, Marcio Versiani⁴

¹ Graduada, Psicologia. Mestranda, Programa de Ansiedade e Depressão, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. ² Doutora, Psiquiatria. Pesquisadora, Programa de Ansiedade e Depressão, Instituto de Psiquiatria, UFRJ. ³ Doutor, Psiquiatria. Pesquisador, Programa de Ansiedade e Depressão, Instituto de Psiquiatria, UFRJ. ⁴ Doutor, Psiquiatria. Diretor, Professor titular e Pesquisador, Programa de Ansiedade e Depressão, Instituto de Psiquiatria, UFRJ. Trabalho realizado no Programa de Pesquisa em Ansiedade e Depressão, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ.

Resumo

Objetivo: Avaliar a eficácia do tratamento cognitivo e/ou comportamental no transtorno de ansiedade social quando comparado a outras intervenções terapêuticas, incluindo farmacoterapia.

Método: Realizamos análise sistemática de todos os ensaios clínicos controlados randomizados envolvendo terapia cognitiva e/ou comportamental versus outras formas de tratamento, publicados até março de 2009, indexados nas seguintes bases de dados: MEDLINE, PsycINFO, Registro Cochrane de Ensaios Controlados, LILACS e ISI/Web of Science.

Resultados: Os estudos avaliados não demonstraram diferenças significativas entre a terapia cognitiva e/ou comportamental e a farmacoterapia. Esses tratamentos combinados não apresentaram maior eficácia do que as intervenções isoladamente. Quando comparada ao grupo controle, a terapia cognitiva e/ou comportamental é eficaz na redução dos sintomas de ansiedade social, tanto no seu formato padrão quanto nas novas formas de intervenção. A exceção foi o treino em habilidades sociais, que, isoladamente, não se mostrou eficaz. A terapia cognitiva e/ou comportamental também demonstrou ser superior aos outros tipos de psicoterapias.

Conclusão: A terapia cognitiva e/ou comportamental mostrou-se eficaz na redução da ansiedade social em pacientes com transtorno de ansiedade social. No entanto, a heterogeneidade dos estudos avaliados, seja no que diz respeito a aspectos envolvendo o tratamento (duração do tratamento e protocolos utilizados) ou os pacientes avaliados (gravidade e forma de recrutamento), dificultaram a comparação dos resultados. Novos estudos de tratamento cognitivo e/ou comportamental e novas revisões envolvendo essas abordagens são necessários para melhor avaliação de nossos achados.

Descritores: Fobia social, terapia cognitiva, terapia comportamental, transtorno de ansiedade social, revisão.

Abstract

Objective: To ascertain whether cognitive and/or behavioral treatment of patients with social anxiety disorder is superior in terms of efficacy than other types of therapeutic interventions, including pharmacotherapy.

Method: Systematic analysis of all randomized clinical trials on cognitive and/or behavioral therapy vs. other forms of treatment, published until March 2009, indexed in the following databases: MEDLINE, PsycINFO, Cochrane Controlled Trials Register, LILACS and ISI Web of Science.

Results: The reported results do not suggest significant differences in the efficacy of cognitive and/or behavioral therapy and pharmacotherapy. Such treatments combined did not show higher efficacy than interventions alone. Compared with the control group, cognitive and/or behavioral therapy was superior in reducing social anxiety disorder, either in the classic model or in the newest propositions. The only exception was the social skills training, which was not effective for patients with social anxiety disorder. Cognitive and/or behavioral therapy was also superior to other psychotherapeutic interventions.

Conclusion: Cognitive and/or behavioral therapy is an effective treatment for patients with social anxiety disorder. However, the heterogeneity of the clinical trials evaluated, with reference to treatment features (time of treatment and different protocols) or characteristics of the patients (severity of their clinical picture and how they were recruited) made comparison of results between different treatments difficult. More research on cognitive and/or behavioral treatment and new reviews of these interventions are necessary to better assess our findings.

Keywords: Social phobia, cognitive therapy, behavioral therapy, social anxiety disorder, review.

Correspondência:

Sara Costa Cabral Mululo, Rua Voluntários da Pátria, 283/703, CEP 22270-000, Bairro Botafogo, Rio de Janeiro, RJ. Fax: (21) 2239.4919.

E-mail: saramululo@yahoo.com.br

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Copyright © Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – APRS

Recebido em 31/03/2009. Aceito em 04/08/2009.

Introdução

O transtorno de ansiedade social (TAS) é caracterizado por ansiedade excessiva frente a uma variedade de situações sociais. Os indivíduos receiam comportar-se de modo inadequado (pelo desempenho deficiente ou pela demonstração da ansiedade) e sofrer reprovação e crítica por parte de outras pessoas.

As situações sociais são evitadas ou suportadas com grande ansiedade e sofrimento por esses pacientes, embora exista o desejo de realizar o contato social temido. O comportamento fóbico-evitativo determina grave prejuízo no funcionamento do indivíduo, seja no trabalho, na escola ou nas relações sociais habituais.

A prevalência do TAS durante a vida é de 12,1%¹ e, em amostras clínicas, os pacientes com TAS representam de 10 a 20% dos indivíduos com transtornos de ansiedade, sendo o transtorno de ansiedade mais prevalente².

Tradicionalmente o TAS vinha recebendo pouca atenção e, até a metade da década de 1980, era considerado um transtorno negligenciado³. Foi reconhecido oficialmente como um transtorno psiquiátrico após a publicação do DSM-III em 1980. A partir daí, um número crescente de publicações tem surgido, revelando um maior interesse sobre o tema.

Apesar do volume crescente de estudos sobre TAS, ainda há questões a serem respondidas no que diz respeito a tratamentos específicos para esse transtorno, como, por exemplo, o manejo dos pacientes que não apresentam resposta aos tratamentos considerados de primeira linha e que representam cerca de 30 a 40% dos pacientes com TAS⁴.

O objetivo principal deste artigo é revisar de forma sistemática os estudos controlados que avaliaram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC) em pacientes adultos com TAS. No presente estudo, avaliamos a eficácia da TCC no TAS a partir da comparação entre TCC [técnicas comportamentais (TComp) ou terapia cognitiva (TCog)] e outros tipos de intervenção: tratamento farmacológico, outros tipos de psicoterapia e lista de espera (LE)/grupo controle.

Método

Os ensaios clínicos de tratamento cognitivo e/ou comportamental para pacientes adultos com TAS foram identificados através da busca nas seguintes bases de dados: Base ISI/Web of Science, MEDLINE, PsycINFO, Registro Cochrane de Ensaios Controlados, LILACS e em artigos relacionados. Utilizou-se a mescla das seguintes expressões nas buscas digitais: (CBT OR cognitive-behavioral therapy OR behavioral therapy OR cognitive therapy) AND (social anxiety disorder OR social phobia OR social anxiety). Ensaios clínicos controlados e randomizados publicados até março de 2009 foram incluídos sem restrição de idiomas.

Os critérios de inclusão foram: 1) estudos com participantes com diagnóstico primário de TAS segundo o DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV ou CID-10; 2) estudos envolvendo TCog ou TComp, individual ou em grupo, comparado com tratamento farmacológico, outro tipo de psicoterapia ou LE/grupo controle.

Na investigação realizada na MEDLINE foram localizados 377 artigos, dos quais 29 foram incluídos. No PsycINFO, de 79 estudos identificados, 14 foram separados: 10 deles em comum com MEDLINE e quatro novos. No registro Cochrane de Ensaios Controlados, foram localizados 597 estudos; 27 preenchiam os critérios de inclusão, mas todos já haviam sido encontrados nas buscas anteriores. No LILACS, dos 215 trabalhos buscados, dois preenchiam os critérios para inclusão. A base ISI/Web of Science apresentou 874 artigos, 36 já selecionados nas buscas anteriores e três inéditos. Por fim, através dos artigos relacionados, mais quatro ensaios foram incluídos. Um total de 42 artigos foi revisado.

Para fins de categorização dos resultados, considerou-se TCC quando TCog e TComp foram associadas entre si, por exemplo, terapia racional emotiva comportamental (TREC) mais exposição (EXP), reestruturação cognitiva (RC) mais EXP, TCog mais treino em tarefa de concentração (TTC) ou TCog mais treino em habilidades sociais (THS) (Figura 1).

Terapia cognitiva	Característica
Reestruturação cognitiva	Visa ajudar o paciente a identificar os pensamentos automáticos distorcidos, questionar as bases desses pensamentos à luz das evidências reais (via questionamento socrático ou experimentos comportamentais) e construir alternativas menos tendenciosas e padronizadas.
Técnicas comportamentais	Características
Exposição	Visa expor o paciente a situações ansiogênicas gradativamente através de uma hierarquia, criada junto com o paciente, até que a ansiedade naturalmente comece a diminuir (habituação). Pode ser feita através da imaginação ou ao vivo.
Relaxamento aplicado	Visa ajudar o paciente a controlar os sintomas fisiológicos da ansiedade durante os eventos sociais. Ele aprende a detectar os primeiros sinais de tensão muscular para logo assim descontraír, produzindo uma resposta contrária à de ansiedade.
Treino em habilidades sociais	Visa ajudar o paciente a adquirir as habilidades sociais necessárias para um bom relacionamento interpessoal através da modelação, ensaio comportamental, feedback de correção, reforço social e tarefas de casa. Essas habilidades podem ser treinadas durante a exposição.
Treino em tarefa de concentração	Visa ajudar o paciente a direcionar sua atenção para a tarefa em execução, e não para si mesmo, começando com situações menos ansiogênicas. Com isso, ele diminui sua percepção das alterações que a ansiedade provoca em seu corpo, quebrando o ciclo vicioso de aumento de ansiedade que o autofoco provoca.

Figura 1 – Características da terapia cognitiva e das técnicas comportamentais

Resultados

TCC comparada ao tratamento farmacológico

TCC versus antidepressivos, benzodiazepínicos e betabloqueadores

Em 11 estudos, comparou-se a eficácia da psicoterapia (seja ela TCC, TCog, TComp isoladamente) e psicofármacos (antidepressivos, benzodiazepínicos ou betabloqueadores) no tratamento do TAS. Seis ensaios clínicos ressaltaram a superioridade da psicoterapia, três revelaram a superioridade do medicamento e dois não encontraram diferença entre as intervenções (Tabela 1).

Tabela 1 – Terapia cognitivo-comportamental comparada ao tratamento farmacológico

Tratamento por estudo	n	Duração do tratamento (semanas)	Intervenção mais eficaz (pós-teste)
Clark ⁵		16	TCog
TCog	20		
FLU (20-60 mg/d) + auto EXP	20		
PLO (20-60 mg/d) + auto EXP	20		
Prasko ⁶		24	TCC + PLO e
MCLO (600mg/d) + terapia de suporte	20		
TCC + PLO	24		
MCLO + TCC	22		
Oosterbaan ⁷		15	TCog e MCLO
TCog	NI		
PLO ou MCLO (300-600 mg/d)	NI		
Clark ⁸			TCC
TCC + PLO	9	5	
TCC+ BUSP	8	5	
BUSP (15-60 mg/d)	9	6	
PLO (15-60 mg/d)	8	6	
Turner ⁹		12	TComp
TComp	21		
ATE (25-100 mg/d)	21		
PLO (25-100 mg/d)	20		
Mörtberg ¹⁰			TCog individual e em grupo
TCog grupo intensiva	35	3	
TCog individual	32	16	
ISRS (FLU 35mg/d, ou PARO 25 mg/d, ou MCLO 600mg/d, ou CITA 50 mg/d) ou BENZO (OXA 15 mg/d)	33	48	
Heimberg ¹¹		12	FE
TCC grupo	36		
FE (15-75 mg/d)	33		
TSE	33		
PLO(15-75 mg/d)	31		
Otto ¹³		12	Não houve diferença significativa entre os grupos
CLO (4 mg/d)	25		
TCC grupo	20		
Blomhoff ¹⁴		24	SERT
SERT (50-150 mg/d)	96		
SERT + EXP	98		
EXP + PLO	98		
PLO (50-150 mg/d)	95		
Gelernter ¹⁵		12	TCC; FE; e ALP
TCC	20		
FE (10-90 mg/d) + INS Auto EXP	15		
ALP (0,7-6,3 mg/d) + INS Auto EXP	15		
PLO (de FE ou ALP) + INS Auto EXP	15		
Davidson ¹⁶		14	FLU e TCC
FLU (10-60 mg/d)	57		
TCC grupo	60		
PLO (10-60 mg/d)	60		
FLU + TCC	59		
PLO + TCC	59		

ALP = alprazolam; ATE = atenolol; BENZO = benzodiazepínico; BUSP = buspirona; CITA = citalopram; CLO = clonazepam; EXP = exposição; FE = fenelzina; FLU = fluoxetina; INS Auto EXP = instruções para autoexposição; ISRS = inibidor seletivo de recaptção de serotonina; MCLO = moclobemida; OXA = oxazepam; PARO = paroxetina; PLO = placebo; SERT = sertralina; TCC = terapia cognitivo-comportamental; TCog = terapia cognitiva; TComp = técnicas comportamentais; TSE = terapia de suporte educacional; NI = não informado.

Dos estudos com resultado positivo, o primeiro⁵ comparou 60 pacientes com TAS generalizado alocados nos grupos: TCog, fluoxetina mais EXP ou placebo mais EXP. Os resultados indicaram que o grupo de TCog foi superior aos dois tratamentos combinados no pós-teste e os ganhos foram mantidos após 12 meses.

Dois estudos avaliando a moclobemida demonstraram a eficácia tanto da TCC no pós-teste e *follow-up* (1, 2, 15 e 24 meses) quanto da combinação da TCC mais moclobemida. No primeiro, Prasko et al.⁶ avaliaram 66 pacientes com TAS generalizado utilizando três tipos de intervenções: moclobemida mais guia de suporte, moclobemida mais TCC (tratamento combinado) ou TCC mais placebo, no qual ambos grupos que continham TCC foram igualmente mais eficazes. No estudo de Oosterbaan et al.⁷, 82 pacientes com TAS foram alocados aleatoriamente para TCog ou tratamento farmacológico duplo-cego com moclobemida ou placebo, no qual o tratamento da TCog foi superior à medicação.

No estudo de Clark et al.⁸, 34 músicos com ansiedade de *performance* foram divididos em quatro braços de intervenção: buspirona, TCC em grupo mais buspirona, TCC em grupo mais placebo ou placebo. A buspirona não demonstrou ser um medicamento eficaz para o TAS quando comparada à TCC. No grupo submetido a TCC, houve redução significativa da ansiedade no pós-teste e no *follow-up* de 1 mês.

Os resultados da EXP por inundação foram superiores ao atenolol e placebo em uma pesquisa⁹ com 62 pacientes com TAS. No *follow-up* de 6 meses, todos os pacientes que haviam apresentado melhora, tanto os submetidos a inundação quanto os que fizeram uso do atenolol, mantiveram os benefícios.

Mortberg et al.¹⁰ avaliaram 100 pacientes randomizados para TCog intensiva de grupo, TCog individual ou tratamento com antidepressivo inibidor seletivo de recaptção de serotonina ou moclobemida ou benzodiazepínico. Após o tratamento e no *follow-up* de 1 ano, os resultados indicaram a TCog individual como sendo mais eficaz do que a medicação e o tratamento em grupo.

Três estudos demonstraram a eficácia superior do medicamento em relação à TCC. No primeiro¹¹, a fenelzina demonstrou melhores resultados do que a TCC no pós-teste

e no *follow-up* de 6 meses¹². Os 133 pacientes com TAS avaliados receberam TCC em grupo, fenelzina, placebo ou terapia de suporte educacional em grupo.

Em outra pesquisa, Otto et al.¹³ alocaram 45 indivíduos com TAS aleatoriamente para TCC em grupo ou clonazepam. Após a intervenção, todos os pacientes inicialmente randomizados tiveram, em média, igual redução da ansiedade social, embora aqueles que completaram todo o tratamento tenham experimentado maior vantagem com o clonazepam.

A sertralina demonstrou resultados contraditórios na pesquisa de Blomhoff et al.¹⁴ com 387 pacientes com TAS generalizado divididos em grupos de sertralina, sertralina mais EXP e EXP mais placebo. No pós-teste, a sertralina foi mais eficaz; porém, no *follow-up* de 1 ano, o grupo de EXP foi o único que demonstrou ter sustentado os ganhos terapêuticos observados durante o tratamento.

Não foi encontrada diferença entre a psicoterapia e o tratamento farmacológico em dois outros trabalhos comparando TCC com fluoxetina e com fenelzina e alprazolam. Neste último¹⁵, 65 pacientes foram divididos entre TCC em grupo, fenelzina mais instrução para EXP (ou seja, incentivo de EXP sem intervenção terapêutica), alprazolam mais instrução para EXP ou placebo mais instrução para EXP. Tanto no pós-teste quanto no *follow-up* de 2 meses, a TCC e os tratamentos farmacológicos foram igualmente mais eficazes do que o placebo na redução dos sintomas fóbicos sociais.

Em outro ensaio clínico¹⁶, 295 pacientes com TAS generalizado foram alocados aleatoriamente em cinco grupos: fluoxetina, TCC em grupo, placebo, fluoxetina mais TCC em grupo e TCC em grupo mais placebo. Os grupos de fluoxetina e TCC sozinhos obtiveram melhoras equivalentes na redução do TAS após o tratamento, enquanto as intervenções combinadas não demonstraram vantagem adicional.

TCC comparada a outros tipos de psicoterapias

TCog com THS versus terapia de suporte

No ensaio clínico de Cottraux et al.¹⁷, o grupo de TCog mais THS foi mais eficaz do que a terapia de suporte (ou seja, escuta empática e considerações positivas sobre o discurso dos pacientes) para os 67 pacientes com TAS avaliados (Tabela 2).

Tabela 2 – Terapia cognitivo-comportamental comparada a outros tipos de psicoterapias

Tratamento por estudo	n	Duração do tratamento (semanas)	Intervenção mais eficaz (pós-teste)
Cottraux ¹⁷		12	TCog seguida THS
TCog seguida THS	32		
TS	35		
Taylor ¹⁸		8	RC seguida EXP
RC individual seguida EXP em grupo	32		
TA individual seguida EXP em grupo	28		
Heimberg ¹⁹		12	TCC
TCC em grupo	25		
TSE	24		

EXP = exposição; RC = reestruturação cognitiva; TA = terapia associativa; TCC = terapia cognitivo-comportamental; TCog = terapia cognitiva; THS = treino em habilidades sociais; TS = terapia de suporte; TSE = terapia de suporte educacional.

TCog versus terapia associativa

A eficácia da TCog foi avaliada no primeiro bloco de tratamento do estudo de Taylor et al.¹⁸, que comparou 60 pacientes com TAS divididos em dois grupos: RC individual seguida de EXP em grupo e terapia associativa individual seguida de EXP em grupo. Analisando os resultados do primeiro pós-teste (e também no *follow-up* de 3 meses) entre RC e terapia associativa, viu-se que o primeiro grupo demonstrou melhora significativa e bem superior à terapia associativa na redução dos sintomas.

TCC versus terapia de suporte educacional

A TCC foi superior à terapia de suporte educacional¹⁹ (envolvendo psicoeducação a respeito do TAS e das crenças disfuncionais e treino em assertividade sem EXP), tanto após o tratamento quanto no *follow-up* de 3 meses, 6 meses e 5 anos²⁰, em estudo envolvendo 49 pacientes com TAS divididos entre TCC em grupo e terapia de suporte educacional.

TCC e associações comparadas ao controle

TCC versus LE

Três estudos demonstraram que a TCC em grupo foi mais eficaz do que a LE na redução dos sintomas fóbico-sociais. No primeiro²¹, 31 pacientes com TAS generalizado foram randomizados para TCC em grupo ou para a LE por 12 semanas e avaliados no pós-teste. Já o segundo²² envolveu 26 pacientes divididos em TCC de grupo intensiva (3 semanas de sessões diárias) ou LE, sendo medidos no pós-teste e no *follow-up* de 6 meses e de 1 ano. Por fim, no terceiro estudo²³, 32 pacientes com TAS foram divididos entre TCC em grupo ou LE, no qual o grupo de tratamento reduziu o foco da atenção em palavras e faces ameaçadoras socialmente (Tabela 3).

Tabela 3 – Terapia cognitivo-comportamental e associações comparadas a grupo controle

Tratamento por estudo	n	Duração do tratamento (semanas)	Resultado positivo no pós-teste
Mörtberg ²²		3	TCC
TCC intensiva de grupo	13		
LE	13		
D’El Rey ²¹		12	TCC
TCC grupo	15		
LE	16		
Pishyar ²³		8	TCC
TCC grupo	16		
LE	16		
Andersson ²⁴		9	TCC
TCC via internet	32		
LE	32		
Carlbring ²⁵		9	TCC
TCC via internet	29		
LE	28		
Titov ²⁶		10	CACCBT
CACCBT	50		
LE	55		
Titov ²⁸		10	CACCBT
CACCBT	43		
LE	45		
Titov ²⁷		10	CACCBT
CACCBT	32		
CCBT	31		
Controle	35		
Abramowitz ²⁹		8	TCC via internet
TCC via internet	11		
LE	10		
Gruber ³²			TCC e TCC via computador
TCC	18	12	
TCC assistida pelo computador	18	12	
Controle	18	NI	
Rapee ³¹		12	TCC; autoterapia; e autoterapia + terapeuta
TCC grupo	59		
Autoterapia	56		
Autoterapia + terapeuta	57		
LE	52		

Hofmann ³³		12	TCC e EXP
TCC	30		
EXP	30		
LE	30		
Hope ³⁴			TCC e EXP
TCC	28	12	
EXP	6	12	
LE	6	NI	
Stangier ³⁵		15	TCog individual e TCog em grupo
TCog individual	24		
TCog em grupo	26		
LE	21		
Mattick ³⁶		6	EXP; RC e EXP + RC
EXP	11		
RC	11		
EXP + RC	11		
LE	10		
Salaberria ³⁷			EXP e EXP + TCog
EXP	24	8	
EXP + TCog	24	24	
Controle	23	24	
Clark ³⁸		14	TCog e EXP + RA
TCog	21		
EXP + RA	21		
LE	20		
Scholing ³⁹		8	EXP individual; TCog seguida EXP individual/grupo; e TCC individual/grupo
EXP individual	22		
TCog seguida EXP individual/ grupo	24		
TCC individual/grupo	24		
Scholing ⁴¹		8	EXP seguida TCog individual; TCog seguida de EXP individual; e TCC individual
EXP seguida TCog individual	10		
TCog seguida EXP individual	10		
TCC individual	10		
Antona ⁴³		10	EXP + RC; EXP seguida de RC; e RC + EXP
EXP+ RC	31		
EXP seguido RC	23		
RC + EXP (LE)	31		
Bögels ⁴⁴		8	TTC + TCog e RA + TCog
TTC + TCog	33		
RA + TCog	32		
LE	65		

CACCBT = *clinician-assisted computerized cognitive behavioral treatment*; CCBT = *computerized cognitive behavioral treatment*; EXP = exposição; LE = lista de espera; NI = não informado; PLO = placebo; RA = relaxamento aplicado; RC = reestruturação cognitiva; TCC = terapia cognitivo-comportamental; TCog = terapia cognitiva; TTC = treino em tarefa de concentração; VF = *video feedback*.

TCC via internet versus LE

Surgindo como alternativa para pessoas que moram em regiões onde não há tratamento específico ou para aqueles com receio de procurar ajuda, a TCC via internet demonstrou ser eficaz na redução do nível de ansiedade social em seis ensaios controlados. No primeiro, Andersson et al.²⁴ dividiram 64 pacientes para que fossem submetidos a um programa de TCC via internet com manual de autoajuda ou para a LE. Em outro trabalho, Carlbring et al.²⁵ avaliaram, no pós-teste e no *follow-up* de 1 ano, 29 pacientes com TAS tratados com TCC via internet suplementada por telefonemas semanais com terapeuta em comparação a 28 pacientes da LE.

Já outros 105 pacientes com TAS²⁶ foram randomizados para um programa de TCC via internet com contato mínimo

de um terapeuta por 10 semanas via *e-mail* ou para a LE. Tanto no pós-teste quanto no *follow-up* de 6 meses²⁷, o grupo de tratamento foi mais eficaz na melhora do humor, da habilidade e da ansiedade social.

Esse ensaio foi replicado para mais 88 pacientes²⁸ no qual foi encontrado no pós-teste e na avaliação de 6 meses²⁶ o mesmo resultado superior do programa de TCC via internet em relação ao grupo controle.

Outro programa de TCC via internet²⁹, com contato mínimo com terapeuta ao vivo (e não via *e-mail*), também foi mais eficaz do que a LE para 21 pacientes com TAS leve a moderado no pós-teste de 8 semanas e na reavaliação após 3 meses.

Titov et al.³⁰ compararam o tratamento de TCC via internet com contato mínimo de um terapeuta via *e-mail* não

só com a LE, mas também com um programa de TCC via internet sem contato terapêutico para 98 pacientes com TAS. A intervenção mais eficaz foi o grupo de TCC via internet com contato terapêutico, e não houve diferença entre o programa de TCC via internet sem terapeuta e a LE.

TCC e autoterapia (com ou sem assistência terapêutica) versus LE

Em pesquisa conduzida por Rapee et al.³¹, 224 pacientes com TAS generalizado grave foram submetidos a autoterapia através de um guia, autoterapia através de um guia com assistência mínima de um terapeuta e a TCC padrão. Demonstrou-se que tanto a TCC convencional quanto o tratamento alternativo de autoterapia (tratamento não presencial) foram igualmente eficazes na redução dos sintomas de ansiedade social (Tabela 3).

TCC com tarefa de casa via computador versus LE

A inclusão de um programa de computador para a realização da tarefa de casa no tratamento da TCC foi avaliada como eficaz em estudo realizado por Gruber et al.³². Cinquenta e quatro pacientes com TAS foram alocados randomicamente em um grupo de TCC com tarefa de casa realizada através do computador (visando preparar cognitivamente o participante antes da EXP às situações sociais temidas), um grupo de TCC com tarefa de casa sem assistência do computador e LE.

TCC, TCog e EXP versus controle

Nove ensaios clínicos controlados comprovaram a eficácia da TCC, da TCog e da EXP (aplicadas isoladamente ou associadas entre si) na redução dos sintomas fóbico-sociais quando comparadas ao grupo controle.

Dois ensaios clínicos comparando TCC, EXP e LE, um para 90 pacientes³³ e outro para 40 pacientes com TAS³⁴, obtiveram resultado positivo da psicoterapia na diminuição dos sintomas iniciais de ansiedade em relação à LE.

Pacientes submetidos a TCog, tanto individual quanto em grupo, obtiveram melhora significativa do TAS no pós-teste em relação aos participantes da LE em estudo de Stangier et al.³⁵.

Em outros dois estudos, EXP e TCog obtiveram resultado positivo quando comparados à LE. No primeiro³⁶, 43 pacientes com TAS foram tratados com EXP, ou RC, ou EXP mais RC ou LE e, no segundo³⁷, os 71 pacientes com TAS generalizada selecionados foram randomicamente divididos entre EXP, EXP mais TCog e LE.

Um novo programa de TCog e EXP associada ao relaxamento aplicado³⁸ foi avaliado por Clark et al. e também representou melhora significativa em relação à LE em estudo envolvendo 62 pacientes com TAS.

Em dois trabalhos de Scholing et al., foram observadas diferenças significativas, após 8 semanas de tratamento e no *follow-up*, entre EXP, TCog seguida de EXP, EXP seguida de TCog e TCC comparadas a 4 semanas de não tratamento, considerado como grupo controle. Foram analisados 70

pacientes com TAS generalizado³⁹ alocados em três condições: dois blocos de EXP, um bloco de TCog seguida de um bloco de EXP ou TCC integrada desde o início no pós-teste e no *follow-up* de 3 meses⁴⁰. No segundo ensaio clínico, 30 pacientes⁴¹ com TAS com queixa principal de suar, tremer e ruborizar foram divididos em TCog seguida de EXP, EXP seguida de TCog ou TCC integrada desde o início no pós-teste e no *follow-up* de 18 meses⁴².

Oitenta e cinco pacientes com TAS foram randomizados para o grupo de EXP + RC, ou para EXP seguida de RC, ou para RC seguida de EXP⁴³ (que 3 meses antes foi grupo controle). Os resultados confirmaram que as três intervenções são igualmente eficazes na redução do TAS, isto é, tanto o tratamento cognitivo e comportamental simultâneo (EXP + RC) quanto ambos tratamentos aplicados em separado em momentos diferentes (EXP seguido de RC e RC seguida de EXP) são superiores ao grupo controle.

TTC com TCog versus LE

Bogels et al.⁴⁴ avaliaram 65 pacientes com TAS com queixa principal de suar, tremer, ruborizar e congelar em público divididos randomicamente em grupos de TTC seguido de TCog ou relaxamento seguido de TCog. A associação da TCog a outras TComp (não somente EXP) demonstrou ser eficaz na redução do TAS comparado ao período de espera.

TComp comparada à LE

EXP e associações versus LE

As TComp apresentaram resultado positivo no tratamento do TAS em relação à LE em dois estudos. No primeiro⁴⁵, avaliando 36 pacientes com medo de falar em público, os resultados do pós-teste indicaram a superioridade da EXP sobre a LE. No segundo⁴⁶, 31 pacientes com TAS com medo de ruborizar foram divididos randomicamente em um grupo de EXP, de TTC ou LE (Tabela 4).

A EXP associada a outras técnicas demonstrou ser mais eficaz do que a LE no tratamento dos sintomas fóbico-sociais em três ensaios clínicos controlados. No primeiro, Butler et al.⁴⁷ alocaram 45 pacientes em três grupos: EXP com manejo da ansiedade, EXP com intervenção não-específica ou LE. Em outro ensaio, Mersch et al.⁴⁸ dividiram 34 pacientes aleatoriamente em três grupos: EXP, tratamento integrado (TREC mais THS e EXP) e LE. No último⁴⁹, 30 estudantes universitárias com TAS, com queixa principal de medo de falar em público, foram designadas aleatoriamente para um grupo de EXP mais treinamento em autoinstrução e respiração ou para um grupo controle. Tanto no pós-teste quanto no *follow-up* de 2 anos, os participantes da EXP apresentaram maior diminuição da resposta de ansiedade do que o grupo controle.

Somente no pós-teste do trabalho de Smits et al.⁵⁰ – no qual 77 pacientes com TAS foram divididos em EXP, tratamento placebo, EXP com *video feedback* da *performance* do paciente e EXP com *video feedback* da resposta da plateia que assistia a EXP – os três tratamentos obtiveram melhora equivalente na redução do TAS em relação ao placebo. Porém, no

Tabela 4 – TComp comparada à lista de espera

Tratamento por estudo	n	Duração do tratamento (semanas)	Resultado positivo no pós-teste
Newman ⁴⁵		8	EXP
EXP	18		
LE	18		
Olivares ⁴⁹		6	TComp
TComp	14		
Controle	15		
Smits ⁵⁰		1	EXP; EXP + VF da performance; e EXP + VF do público
PLO	15		
EXP	23		
EXP + VF da performance	19		
EXP + VF do público	20		
Butler ⁴⁷		7	EXP + MA e EXP + TNE
EXP + MA	15		
EXP + TNE	15		
LE	15		
Mersch ⁴⁸		14	EXP e EXP + TREC + THS
EXP	NI		
Tratamento integrado (EXP + TREC + THS)	NI		
LE	NI		
Mulken ⁴⁶		6	EXP e TTC
EXP	12		
TTC	14		
LE	13		
Stravynski ⁵¹		24	Não houve diferença significativa entre os grupos
THS + INTER	32		
Tratamento não específico + INTER	36		

EXP = exposição; INTER = terapia com foco nas relações interpessoais; LE = lista de espera; MA = manejo da ansiedade; NI = não informado; PLO = placebo; TComp = técnicas comportamentais; THS = treino em habilidades sociais; TNE = tratamento não específico; TREC = terapia racional emotiva; TTC = treino em tarefa de concentração; VF = *video feedback*.

follow-up de 1 mês essa vantagem não se manteve e os grupos de intervenção com EXP obtiveram resultado negativo em relação ao grupo placebo. A duração do tratamento nesse estudo foi de 1 semana.

THS versus tratamento não-específico

O THS, avaliado na pesquisa de Stravynski et al.⁵¹ com 68 participantes com TAS, não obteve resultado diferente no pós-teste e no *follow-up* de 1 ano no funcionamento social dos pacientes com TAS quando comparado ao tratamento não-específico sem THS ou ao período anterior à intervenção considerado como LE.

Discussão

Os estudos controlados avaliados apontam para a eficácia das intervenções cognitivas e comportamentais (tais como EXP e TTC), sozinhas ou associadas a outras técnicas (relaxamento e treino em respiração), na redução dos sintomas do TAS¹⁷⁻¹⁹ quando comparadas a outros tipos de abordagens psicoterápicas ou a grupo controle^{21-26,28-34,41,43}. Tais achados são confirmados por Acarturk et al.⁵² em estudo

meta-analítico recente que afirmou também que essa eficácia tende a se manter e, em alguns casos, até melhorar nas medidas de *follow-up*. Contudo, na análise entre os subgrupos que incluíam RC, EXP, THS e relaxamento aplicado, não foram encontrados altos *effect sizes*, pois a maioria dos ensaios avaliados misturava essas técnicas e outros poucos as examinaram isoladamente.

A EXP demonstrou eficácia significativa tanto sozinha⁴⁵ quanto associada a outros recursos como manejo da ansiedade^{43,44}, THS e TREC⁴⁸. Em apenas um estudo⁵⁰ houve resultado negativo, o que poderia ser explicado pela curta duração do tratamento instituído. Enquanto nesse estudo a intervenção terapêutica durou 1 semana, nos ensaios nos quais foram obtidos resultados positivos⁴⁵⁻⁵⁰ os pacientes foram submetidos a, no mínimo, 6 semanas de tratamento.

A exceção dentre as TComp estudadas foi o THS que, sozinho, não demonstrou eficácia significativa na redução dos sintomas fóbico-sociais⁵¹. Quando associado à TCog¹⁷ ou à EXP⁴⁸, o THS mostrou-se eficaz, apontando para a necessidade de novos ensaios clínicos que permitam melhor avaliação da eficácia dessa intervenção.

As novas formas de apresentação da TCC, como a autoterapia através de um livro-guia³¹, a terapia via internet^{24-26,28-30} e

a realização da tarefa de casa auxiliada por programa de computador³², surgem como alternativas promissoras no tratamento do TAS. A prática da TCC envolve terapeutas habilidosos e treinados, nem sempre disponíveis, além de custos de transporte e honorários. Nesse sentido, essas intervenções representariam importantes alternativas aumentando a acessibilidade e a disponibilidade do tratamento.

A comparação entre o tratamento farmacológico e a TCC realizada em alguns ensaios clínicos não conduz a resultado conclusivo. Ambos foram eficazes na maioria dos estudos avaliados e, apesar de alguns resultados apontarem a superioridade da TCC frente aos fármacos, os dados avaliados não permitem a generalização desses achados.

Os resultados foram inconsistentes em alguns estudos. Dois estudos envolvendo a fenelzina, por exemplo, apresentaram resultados opostos, havendo superioridade em relação à TCC em um estudo¹¹ e não havendo diferença significativa entre os dois em outro estudo¹⁵. Situação semelhante foi observada com a fluoxetina, que apresentou eficácia inferior à TCog e EXP em um ensaio clínico⁵ e foi tão eficaz quanto à TCC em outro ensaio¹⁵. Houve, no caso das duas substâncias, diferença entre as doses de medicação empregadas que, associada à heterogeneidade das intervenções cognitivas e comportamentais utilizadas, dificultaram a avaliação dos resultados. Novos ensaios clínicos controlados são necessários para melhor avaliação dessas intervenções.

Ao contrário do que se preconiza na prática clínica, não há evidência clara de maior eficácia do tratamento combinado, TCC mais medicamento ou TCog mais TComp, quando comparado a essas intervenções isoladas. A associação mostrou-se menos eficaz do que a TCog⁵, a EXP¹⁴, e a TCC e fluoxetina¹⁶ empregadas separadamente. Em outro ensaio clínico, a combinação de terapia e medicação foi tão eficaz quanto a TCC⁶. Importante questionar porque esses resultados científicos se mostram tão distantes, por ora opostos, ao que se observa na prática clínica do tratamento desse transtorno, uma vez que é cada vez mais recomendado aos clínicos que busquem subsídios e atualização da sua prática terapêutica nos resultados dos ensaios clínicos controlados de qualidade publicados em sua área de atuação.

Nos estudos avaliando o uso de medições no *follow-up*, foram adotados intervalos diferentes de seguimento, variando de 1 mês⁸ a 5 anos²⁰, o que torna difícil a análise comparativa dos resultados. Não há consenso sobre o tempo ideal de tratamento no TAS, o que dificulta a avaliação adequada a respeito da manutenção dos benefícios adquiridos.

O número e a duração das sessões variava nos diferentes protocolos de tratamento. A gravidade do TAS também diferia entre os estudos: enquanto em alguns ensaios os pacientes selecionados apresentavam gravidade leve a moderada²⁹, em outros⁶ o subtipo generalizado grave do TAS era o critério de inclusão. A forma de recrutamento dos pacientes também diferia entre os estudos, excluindo muitas vezes pacientes com TAS que não buscaram ajuda, potencialmente mais graves e com maiores limitações. Tanta heterogeneidade dos

estudos selecionados dificulta a comparação dos resultados e não permite conclusões consistentes a respeito da eficácia das intervenções terapêuticas avaliadas.

Nossa revisão sistemática, por ser descritiva, possui algumas limitações metodológicas que não permitem a generalização dos resultados e apontam para a necessidade de novas investigações para uma avaliação mais precisa da eficácia das diferentes intervenções descritas.

Conclusão

Os dados avaliados apontam para a eficácia das diferentes técnicas de TCC no TAS; no entanto, algumas questões permanecem sem resposta. Um percentual significativo de pacientes não responde às intervenções propostas, ou apresentam sintomas residuais e há carência de estudos investigando essa população. A investigação cuidadosa das características dos pacientes resistentes e os possíveis preditores de resposta ao tratamento precisam ser mais bem elucidados.

Apesar do número crescente de estudos investigando as TCC no tratamento do TAS, há hiato a serem discutidos no tratamento desses pacientes. Novos ensaios clínicos com protocolos de intervenção menos heterogêneos, medidas de avaliação padronizadas e revisões comparando técnicas específicas de TCC são extremamente relevantes para a melhor compreensão desse cenário. Além disso, novas revisões sistemáticas utilizando técnicas de avaliação meta-analíticas permitiriam comparação mais precisa das intervenções avaliadas e maior esclarecimento dos resultados.

Considerando que a TCC não se reduz às suas técnicas, elas são o início de uma investigação que nos permite examinar cuidadosamente como o transtorno afeta diferentemente cada sujeito, a fim de expandir nossa conceituação acerca do seu modo de pensar, sentir e agir.

Referências

1. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617-27.
2. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(1):8-19.
3. Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ, Klein DF. Social phobia. Review of a neglected anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42(7):729-36.
4. de Menezes GB, Fontenelle LF, Mululo S, Versiani M. Resistência ao tratamento nos transtornos de ansiedade: fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno do pânico. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(Suppl II):S55-60.
5. Clark DM, Ehlers A, McManus F, Hackmann A, Fennell M, Campbell H, et al. Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(6):1058-67.
6. Prasko J, Dockery C, Horáček J, Houbová P, Kosová J, Klaschka J, et al. Moclobemide and cognitive behavioral therapy in the treatment of social phobia. A six-month controlled study and 24 months follow up. *Neuro Endocrinol Lett*. 2006;27(4):473-81.
7. Oosterbaan DD, van Balkom AJ, Spinhoven P, van Oppen P, van Dyck R. Cognitive therapy versus moclobemide in social phobia: a controlled study. *Clin Psychol Psychother*. 2001;8(4):263-73.

8. Clark DB, Atras WS. The assessment and treatment of performance anxiety in musicians. *Am J Psychiatry*. 1991;148(5):598-605.
9. Turner SM, Beidel DC, Jacob RG. Social phobia: a comparison of behavior therapy and atenolol. *J Consult Clin Psychol*. 1994;62(2):350-8.
10. Mörtberg E, Clark DM, Sundin O, Aberg Wistedt A. Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;115(2):142-54.
11. 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.
12. Liebowitz MR, Heimberg RG, Schneier FR, Hope DA, Davies S, Holt CS, et al. Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: long-term outcome. *Depress Anxiety*. 1999;10(3):89-98.
13. Otto MW, Pollack MH, Gould RA, Worthington JJ 3rd, 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.
14. Blomhoff S, Haug TT, Hellström K, Holme I, Humble M, Madsbu HP, et al. Randomised controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy and combined treatment in generalized social phobia. *Br J Psychiatry*. 2001;179:23-30.
15. Gelernter CS, Uhde TW, Cimboic P, Arnkoff DB, Vittone BJ, Tancer ME, et al. Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(10):938-45.
16. Davidson JR, Foa EB, Huppert JD, Keefe FJ, Franklin ME, Compton JS, et al. Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(10):1005-13.
17. Cottraux J, Note I, Albuissou E, Yao SN, Note B, Mollard E, et al. Cognitive behavior therapy versus supportive therapy in social phobia: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2000;69(3):137-46.
18. Taylor S, Woody S, Koch WJ, McLean P, Paterson RJ, Anderson KW. Cognitive restructuring in the treatment of social phobia. Efficacy and mode of action. *Behav Modif*. 1997;21(4):487-511.
19. Heimberg RG, Dodge CS, Hope DA, Kennedy CR, Zollo LJ, Becker RE. Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cogn Ther Res*. 1990;14(1):1-23.
20. Heimberg RG, Salzman DG, Holt CS, Blendell KA. Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year follow up. *Cogn Ther Res*. 1993;17(4):325-39.
21. D'El Rey GJ, Lacava JP, Cejkinski A, Mello SL. Tratamento cognitivo-comportamental de grupo na fobia social: resultados de 12 semanas. *Rev Psiquiatr Clin*. 2008;35(2):79-83.
22. Mörtberg E, Karlsson A, Fyring C, Sundin O. Intensive cognitive-behavioral group treatment (CBGT) of social phobia: a randomized controlled study. *J Anxiety Disord*. 2006;20(5):646-60.
23. Pishyar R, Harris LM, Menzies RG. Responsiveness of measures of attentional bias to clinical change in social phobia. *Cogn Emot*. 2008;22(7):1209-27.
24. Andersson G, Carlbring P, Holmström A, Sparthar E, Furmark T, Nilsson-Ihrfelt E, et al. Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(4):677-86.
25. Carlbring P, Gunnarsdóttir M, Hedensjö L, Andersson G, Ekselius L, Furmark T. Treatment of social phobia: randomised trial of internet-delivered cognitive-behavioral therapy with telephone support. *Br J Psychiatry*. 2007;190:123-8.
26. Titov N, Andrews G, Schwencke G, Drobny J, Einstein D. Shyness 1: distance treatment of social phobia over the Internet. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008;42(7):585-94.
27. Titov N, Andrews G, Johnston L, Schwencke G, Choi I. Shyness programme: longer term benefits, cost-effectiveness, and acceptability. *Aust N Z J Psychiatry*. 2009;43(1):36-44.
28. Titov N, Andrews G, Schwencke G. Shyness 2: treating social phobia online: replication and extension. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008;42(7):595-605.
29. Abramowitz JS, Moore EL, Braddock AE, Harrington DL. Self-help cognitive-behavioral therapy with minimal therapist contact for social phobia: a controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2009;40 (1): 98-105.
30. Titov N, Andrews G, Choi I, Schwencke G, Mahoney A. Shyness 3: randomized controlled trial of guided versus unguided Internet-based CBT for social phobia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008;42(12):1030-40.
31. Rapee RM, Abbott MJ, Baillie AJ, Gaston JE. Treatment of social phobia through pure self help and therapist-augmented self help. *Br J Psychiatry*. 2007;191:246-52.
32. Gruber K, Moran PJ, Roth WT, Taylor CB. Computer-assisted cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Behav Ther*. 2001;32(1):155-65.
33. Hofmann SG, Moscovitch DA, Kim HJ, Taylor AN. Changes in self-perception during treatment of social phobia. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(4):588-96.
34. Hope DA, Heimberg RG, Bruch MA. Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behav Res Ther*. 1995;33(6):637-50.
35. Stangier U, Heidenreich T, Peitz M, Lauterbach W, Clark DM. Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behav Res Ther*. 2003;41(9):991-1007.
36. Mattick R, Peters L, Clarke J. Exposure and cognitive restructuring for social phobia: a controlled study. *Behav Ther*. 1989;20(1):3-23.
37. Salaberria K, Echeburua E. Long-term outcome of cognitive therapy's contribution to self-exposure in vivo to the treatment of generalized social phobia. *Behav Modif*. 1998;22(3):262-84.
38. Clark DM, Ehlers A, Hackmann A, McManus F, Fennell M, Grey N, et al. Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(3):568-78.
39. Scholing A, Emmelkamp PM. Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: effects of individual and group treatment. *Behav Res Ther*. 1993;31(7):667-81.
40. Scholing A, Emmelkamp PM. Treatment of generalized social phobia: results at long-term follow-up. *Behav Res Ther*. 1996;34(5-6):447-52.
41. Scholing A, Emmelkamp PM. Cognitive and behavioural treatments of fear of blushing, sweating or trembling. *Behav Res Ther*. 1993;31(2):155-70.
42. Scholing A, Emmelkamp PM. Treatment of fear of blushing, sweating, or trembling. Results at long-term follow-up. *Behav Modif*. 1996;20(3):338-56.
43. Antona CJ, García-López LJ. Repercusión de la exposición y reestructuración cognitiva sobre la fobia social. *Rev Latinoam Psicol*. 2008;40(2):281-92.
44. Bögels SM. Task concentration training versus applied relaxation, in combination with cognitive therapy, for social phobia patients with fear of blushing, trembling, and sweating. *Behav Res Ther*. 2006;44(8):1199-210.
45. Newman MG, Hofmann SG, Trabert W, Roth W, Taylor CB. Does behavioral treatment of social phobia lead to cognitive changes? *Behav Ther*. 1994;25(3):503-17.
46. Mulken S, Bögels SM, de Jong PJ, Louwers J. Fear of blushing: effects of task concentration training versus exposure in vivo on fear and physiology. *J Anxiety Disord*. 2001;15(5):413-32.
47. Butler G, Cullington A, Munby M, Amies P, Gelder M. Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *J Consult Clin Psychol*. 1984;52(4):642-50.
48. Mersch PP. The treatment of social phobia: the differential effectiveness of exposure in vivo and an integration of exposure in vivo, rational emotive therapy and social skills training. *Behav Res Ther*. 1995;33(3):259-69.
49. Olivares J, Garcia Lopez LJ. Resultados a largo plazo de un tratamiento en grupo para el miedo a hablar en publico. *Psicothema*. 2002;14(2):405-9.
50. Smits JA, Powers MB, Buxkamper R, Telch MJ. The efficacy of videotape feedback for enhancing the effects of exposure-based treatment for social anxiety disorder: a controlled investigation. *Behav Res Ther*. 2006;44(12):1773-85.
51. Stravynski A, Arbel N, Bounader J, Gaudette G, Lachance L, Borgeat F, et al. Social phobia treated as a problem in social functioning: a controlled comparison of two behavioral group approaches. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102(3):188-98.
52. Acarturk C, Cuijpers P, van Straten A, de Graaf R. Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2008;39(2):241-54.