

COMORBIDADE COM A DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS NOS SUBTIPOS DA FOBIA SOCIAL

Gustavo J. Fonseca D'El Rey*
Carla Alessandra Pacini**

D'EL REY, G.J.F.; PACINI, C.A. Comorbidade com a dependência de substâncias nos subtipos da fobia social. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, Umuarama, 9(3), set./dez. p.207-210, 2005.

RESUMO: Estudos epidemiológicos têm identificado 2 subtipos de fobia social: a fobia social relacionada somente com o falar, que é caracterizada pelo temor das situações de falar em público, e a fobia social generalizada, que é caracterizada pelo temor de diversas situações sociais. A fobia social de falar em público corresponde na DSM-IV à fobia social circunscrita, enquanto o outro subtipo corresponde à fobia social generalizada. Em contraste com a fobia social do temor de se expor em público, a fobia social generalizada é usualmente mais incapacitante e crônica. Além disso, a forma generalizada possui uma chance de remissão espontânea menor. Poucas pessoas com fobia social buscam tratamento profissional. Ambos os subtipos apresentam a mesma chance de comorbidade com a dependência de substâncias (álcool e drogas). Assim este trabalho tem como objetivo fazer uma revisão teórica sobre o assunto.

PALAVRAS-CHAVES: Fobia social. Subtipos. Comorbidade.

COMORBIDITY WITH SUBSTANCE DEPENDENCE IN THE SUBTYPES OF SOCIAL PHOBIA

D'EL REY, G.J.F.; PACINI, C.A. Comorbidity With Substance Dependence In The Subtypes Of Social Phobia. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, Umuarama, 9(3), set./dez. p.207-210, 2005.

ABSTRACT: Epidemiological studies have identified two subtypes of social phobia: speech social phobia, which is characterized by the fear of situations of public speech, and the generalized social phobia, which is characterized by the fear of multiple social situations. Speech social phobia corresponds to the DSM-IV's circumscribed social phobia, while the other subtype corresponds to the generalized social phobia. In contrast to the speech social phobia, the generalized social phobia is usually more disabling and longer-lasting. In addition, the generalized form has a lower chance of spontaneous recovery. Few people with social phobia seek professional treatment. Both subtypes have the same chance of comorbidity with substance dependence (alcohol and drugs). Thus, the aim of this study was to make a theoretical review about the issue.

KEY WORDS: Social phobia. Subtypes. Comorbidity.

Introdução

A fobia social é um transtorno mental severo que traz sofrimento e perdas de oportunidades a seus portadores (D'EL REY, 2001; STEIN & KEAN, 2000). Ela é caracterizada de acordo com o DSM-IV-TR (A.P.A., 2002), por um medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, em que a pessoa possa ser exposta à avaliação dos outros.

Segundo D'EL REY & ALMEIDA (2002) e STEIN et al., (2000), as situações temidas mais comuns são as situações de performance, como falar em público e escrever ou comer diante de outras pessoas, porém algumas pessoas têm medo de situações de interação social, como ir a uma festa, falar com pessoas de sexo oposto ou conversar com alguém em posição superiora.

O aspecto principal desse transtorno é o medo da avaliação negativa, mais especificamente de agir de um modo ou mostrar sintomas de ansiedade que lhe seja humilhante e embaraçoso (TAYLOR et al., 1997 e STOPA & CLARK, 1993). Como resultado, as situações sociais ou de desempenho são evitadas ou enfrentadas com extremo

sofrimento. Nas formas severas, a fobia social devasta a vida de seu portador, limitando suas atividades de trabalho, educação/escolaridade, vida afetiva e social. Essas pessoas vivem socialmente isoladas, deprimidas e desmoralizadas e apresentam um alto risco de ficar dependente de substâncias psicoativas (STEIN & KEAN, 2000).

Devido a fobia social somente recentemente ter recebido a atenção devida por parte dos especialistas em saúde mental, muitos pacientes com esse grave transtorno conviveram com sua doença em silêncio, sem ajuda adequada (LIPSITZ & SCHNEIDER, 2000).

Apenas com os recentes estudos epidemiológicos dos transtornos mentais, é que a verdadeira prevalência da fobia social foi reconhecida. O National Comorbidity Survey (NCS), realizado nos Estados Unidos, reportou uma prevalência ao longo da vida para a fobia social de 13,3%, em 12 meses de 7,9% e em 30 dias uma prevalência de 4,5% (MAGEE et al., 1996 e KESSLER et al., 1994).

Com os avanços nas pesquisas neste campo, a fobia social aparentemente não é uma entidade clínica única, mas uma síndrome com dois distintos subtipos, com diferenças em suas características clínicas, hereditariedade, comorbidade

*Coordenador do Programa de Fobia Social do Centro de Pesquisas e Tratamento de Transtornos de Ansiedade - São Paulo-SP, Brasil.

**Pesquisadora do Programa de Fobia Social do Centro de Pesquisas e Tratamento de Transtornos de Ansiedade - São Paulo-SP, Brasil.

Endereço para correspondência: Gustavo D'El Rey - Rua Bom Jesus, 274-B - São Paulo-SP - 03344-000 - e-mail: g.delrey@bol.com.br

e tratamentos (FURMARK et al., 2000 e KESSLER et al., 1998).

Assim, este trabalho tem o objetivo de fazer uma breve revisão da literatura sobre os subtipos da fobia social e a comorbidade com a dependência de substâncias psicoativas (álcool e drogas).

Desenvolvimento

Subtipos da fobia social

Psicólogos e psiquiatras têm reconhecido 2 subtipos de fobia social em sua prática clínica. O primeiro subtipo, chamado de fobia social não-generalizada ou circunscrita, é a mais familiar dos 2 subtipos. Ela usualmente está confinada ao medo de uma ou duas situações, sendo a mais comum o medo severo de falar em público (D'EL REY & PACINI, 2005a; FURMARK et al., 2000 e STEIN et al., 1996). No tratamento desse subtipo da fobia, técnicas comportamentais de exposição, treinamento de habilidades sociais e reestruturação cognitiva somente são necessárias, requerendo raramente intervenções farmacológicas. O segundo subtipo, chamado de fobia social generalizada, não está confinado a poucas situações sociais, ele é mais invasivo e traz muito mais sofrimento para seu portador e um número maior de comorbidades. Para esse último subtipo de fobia social, intervenções cognitivo-comportamentais e farmacológicas são necessárias (CHARTIER et al., 2003; LINCOLN et al., 2003).

Infelizmente até onde sabemos, não temos aqui, no Brasil, estudos epidemiológicos que descrevam os subtipos da fobia social. Neste artigo, iremos descrever esses subgrupos com base no National Comorbidity Survey (NCS), realizado nos Estados Unidos. No NCS, foram entrevistadas 8.098 pessoas com idades entre 15 e 54 anos, de uma população não institucionalizada. Para o diagnóstico dos transtornos mentais pesquisados, utilizou-se o Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (KESSLER et al., 1994).

O National Comorbidity Survey (NCS) trouxe uma perspectiva epidemiológica para a observação clínica a respeito dos subtipos da fobia social. As pessoas que responderam afirmativamente a algum dos 6 medos sociais pesquisados, a saber: falar em público; usar o banheiro fora de casa; comer ou beber em público; falar com outras pessoas; escrever, enquanto alguém observa; e falar diante de um pequeno grupo de pessoas (pequeno não foi definido), eram indagadas sobre a interferência e/ou sofrimento causado pelo medo, para determinar o preenchimento ou não dos critérios de diagnósticos para fobia social, nesse caso, os critérios do DSM-III-R (KESSLER et al., 1998).

As pessoas pesquisadas no NCS, após a análise dos resultados, foram divididas em 3 grupos. O primeiro grupo (74%), não apresentou nenhum medo social que preenchesse os critérios para fobia social. O segundo grupo (19%) apresentava o medo severo de falar diante de um grande e/ou pequeno grupo de pessoas. E o último grupo (8%) apresentava outros medos sociais, concomitantes ou não ao medo de falar em público. Quando a análise dos resultados foi confinada apenas às pessoas com fobia social (13,3% da população avaliada), 2 subtipos distintos de fobia social apareceram (KESSLER et al., 1998). A Tabela 1 mostrará a prevalência ao longo da vida desses achados.

Aproximadamente 1/3 das pessoas com fobia social, referiu medo severo de falar em público apenas, e o restante dos 2/3 referiu medo de uma ou mais situações sociais (excluindo falar em público). Esse último subgrupo pode ser chamado do que o DSM-IV denomina de fobia social generalizada (KESSLER et al., 1998).

Os subtipos de fobia social, ou seja, circunscrita ou generalizada, podem ser distinguidos em termos de suas histórias naturais. A idade de início não difere entre os dois subtipos, ou seja, em média aos 16 anos (STEIN et al., 2000; KESSLER et al., 1998 e MAGEE et al., 1996). Entretanto existem diferenças marcantes na probabilidade de remissão espontânea ao longo do tempo. As pessoas com a fobia social circunscrita podem apresentar uma remissão espontânea após aproximadamente 30 anos depois do início do transtorno. Enquanto as pessoas com a fobia social generalizada podem apresentar remissão após 40 anos do início do quadro fóbico (LIPSITZ & SCHNEIDER, 2000). Outro fator importante é o relativo à interferência na vida do portador da fobia social. As pessoas com o subtipo circunscrito apresentam geralmente uma menor interferência em suas rotinas diárias, enquanto as pessoas com o subtipo generalizado apresentam muitas vezes uma vida social, laboriosa e educacional completamente destruída pela doença. Porém, esperar por uma *possível remissão espontânea* da fobia social, é um preço muito caro a se pagar, devido à incapacitação e ao sofrimento que ela traz à vida de seu portador (STEIN & KEAN, 2000 e STEIN et al., 2000).

Tabela 1 - Prevalência dos medos sociais no NCS

MEDO	PREVALÊNCIA AO LONGO DA VIDA (%)
Falar em público (grandes grupos) apenas	2,9 %
Falar para um grande e/ou pequeno grupo	1,9 %
Total dos medos de falar em público	4,8 %
1-2 outros medos (excluindo falar em público)	3,2 %
3 ou mais outros medos (excluindo falar)	5,3 %
Total de outros medos sociais	8,5 %
Total de qualquer medo social (fobia social)	13,3 %

Fonte: KESSLER et al., 1998.

Embora a fobia social seja considerada um transtorno crônico e passível de acarretar prejuízos em diversas áreas da vida de seu portador, além de trazer muito sofrimento, poucas pessoas procuram tratamento profissional para a doença (THOMPSON et al., 1988), pois muitos atribuem os sintomas fóbicos e suas limitações à timidez, a um traço da personalidade ou a um “defeito do caráter” e não a um quadro clínico (transtorno mental) que pode ser tratado com a ajuda adequada (D'EL REY, 2001; MALERBI et al., 2000; NARDI, 2000; LAMBERG, 1998).

No National Comorbidity Survey, poucas pessoas com fobia social haviam recebido tratamento alguma vez para o transtorno. Apenas 17,2% das pessoas com a fobia social

relacionada ao medo de falar em público haviam procurado tratamento profissional, e apenas 38,8% das pessoas com fobia social generalizada haviam procurado tratamento (KESSLER et al., 1998). Podemos notar que as pessoas com fobia social generalizada procuraram tratamento profissional aproximadamente duas vezes mais do que as pessoas com o outro subtipo da fobia. Provavelmente isso se explique devido ao subtipo generalizado apresentar mais interferências nas vidas das pessoas do que o subtipo relacionado somente com o falar em público.

Comorbidade com a dependência de substâncias nos subtipos da fobia social

Os estudos epidemiológicos revelaram que a fobia social apresenta uma alta comorbidade com outros transtornos mentais, como depressão, distímia, transtorno de pânico, dependência de substâncias, etc. Os pacientes fóbicos sociais também apresentam uma taxa elevada de tentativas de suicídio e suicídio consumados, principalmente as pessoas acometidas pelo subtipo generalizado, que tendem a apresentar mais comorbidades (CHARTIER et al., 2003; STEIN & KEAN, 2000; MAGEE et al., 1996).

Em nosso estudo, vamos relatar a comorbidade da fobia social com a dependência de substâncias psicoativas (álcool e drogas). No National Comorbidity Survey (NCS), a fobia social apresentou uma alta comorbidade com o abuso/dependência de qualquer substância psicoativa, ou seja, 39,6% (MAGEE et al., 1996). A Tabela 2 apresentará os dados relativos à comorbidade da fobia social com a dependência/abuso de substâncias psicoativas no National Comorbidity Survey.

Tabela 2 - Comorbidade da fobia social com dependência de substâncias

TRANSTORNO	(%)
Abuso de álcool sem dependência	10,9 %
Dependência de álcool	23,9 %
Abuso de drogas sem dependência	5,3 %
Dependência de drogas	14,8 %
Abuso/dependência de qualquer substância	39,6 %

Fonte: MAGEE et al., 1996.

Observando a Tabela 2, podemos afirmar que o risco da dependência de substâncias psicoativas (álcool e drogas) é muito mais alto do que o risco de abuso (uso sem dependência) dessas mesmas substâncias na fobia social, dado semelhante ao descrito por ZIMMERMANN et al., (2004) e LÉPINE & PÉLISSOLO (1998). O uso freqüente que alguns fóbicos sociais fazem do álcool e das drogas os coloca em grande risco de dependência, uma vez que usam essas substâncias para enfrentar alguma situação fóbica, que, de outra maneira (sem as substâncias), não enfrentariam.

Segundo SCHENEIDER et al., (1989) nos pacientes com fobia social em que os problemas com álcool estão presentes, os sintomas fóbicos são provavelmente muito mais graves do que nos pacientes sem problemas com álcool, dificultando uma abordagem de tratamento, principalmente farmacológica, uma vez que esses pacientes apresentam uma

alta probabilidade de abusar dos medicamentos prescritos.

Com relação aos subtipos da fobia social, as pessoas com fobia social generalizada apresentam um maior número de comorbidades do que as pessoas com o subtipo circunscrito. Isso é especificamente verdadeiro para os transtornos de humor e outros transtornos de ansiedade, porém o abuso/dependência de substâncias psicoativas não difere significativamente entre os dois subtipos (KESSLER et al., 1998). Acreditamos que esse fato possa ser explicado devido a que álcool e as drogas aliviam os sintomas fóbicos, independente do subtipo, pois medo excessivo e esquiva acentuada (características de ambos os subtipos) podem ser aliviados por essas substâncias psicoativas, como relatam ZIMMERMANN et al. (2004) e HAM & HOPE (2003), porém de uma forma extremamente danosa ao paciente.

Tanto nos estudos clínicos quanto nos epidemiológicos, geralmente a fobia social é o transtorno primário, com o abuso/dependência de substâncias emergindo mais tarde. Em muitos casos, existe um longo intervalo entre o início dos 2 transtornos. O intervalo médio entre o início da fobia social e da dependência de álcool é de 9 anos (TERRA et al., 2003; LÉPINE & PÉLISSOLO, 1998).

Todos os pacientes que buscam tratamento para um quadro de dependência química devem ser avaliados sistematicamente para a presença de comorbidades, e uma atenção especial deve ser dada durante a avaliação diagnóstica para a fobia social, que coexiste em altas proporções com a dependência de substâncias psicoativas. O inverso também deve ocorrer, ou seja, na avaliação diagnóstica de pacientes portadores de fobia social, devem-se investigar o abuso/dependência de álcool e drogas (D'EL REY & PACINI, 2005b; CHARTIER et al., 2003).

Considerações finais

Os estudos epidemiológicos têm identificado 2 subtipos de fobia social distintos, o circunscrito, que geralmente é composto por pessoas que têm medo severo de falar em público e o generalizado, composto por pessoas que temem a maioria das situações sociais. Esse segundo subtipo da fobia social tende a ser mais crônico e incapacitante, requerendo tratamento psicológico e farmacológico conjuntamente. Em relação à comorbidade ao longo da vida dos subtipos da fobia social com a dependência de substâncias psicoativas, ambos os subtipos não diferem significativamente um do outro.

Gostaríamos de salientar que um esforço grande por parte dos profissionais de saúde mental deveria ser empregado na pesquisa das bases etiopatogênicas da fobia social e de seu tratamento (psicoterápico e farmacológico), pois esse severo transtorno de ansiedade acomete uma grande parcela da população.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer imensamente ao Prof. Dr. Ronald C. Kessler, da Harvard Medical School, Boston, USA, pelas inestimáveis sugestões ao longo deste trabalho, mesmo estando tão distante.

Referências

- CHARTIER, M. J.; WALKER, J. R.; STEIN, M. B. Considering comorbidity in social phobia. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiologic**, v. 38, n. 12, p. 728-734, 2003.
- D'EL REY, G. J. F. Fobia social: mais do que uma simples timidez. **Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar**, v. 5, n. 3, p. 273-276, 2001.
- D'EL REY, G. J. F.; ALMEIDA, I. P. Transtornos fóbicos na atualidade. **Integração: ensino, pesquisa e extensão**, v. 8, n. 28, p. 25-29, 2002.
- D'EL REY, G. J. F.; PACINI, C. A. Medo de falar em público em uma amostra da população: prevalência, impacto no funcionamento pessoal e tratamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, n. 2, p. 237-242, 2005a.
- _____. Tratamento da fobia social por exposição ao vivo e reestruturação cognitiva. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 4, p. 231-235, 2005b.
- DSM-IV-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- FURMARK, T. et al. Social phobia subtypes in the general population revealed by cluster analysis. **Psychological Medicine**, v. 30, n. 6, p. 1335-1344, 2000.
- HAM, L. S.; HOPE, D. A. Alcohol and anxiety: subtle and obvious attributes of abuse in adults with social phobia and panic disorder. **Depression & Anxiety**, v. 18, n. 3, p. 128-139, 2003.
- KESSLER, R. C. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the national comorbidity survey. **Archives of General Psychiatry**, v. 51, n.1, p. 8-19, 1994.
- KESSLER, R. C.; STEIN, M. B.; BERGLUND, P. Social Phobia Subtypes in the National Comorbidity Survey. **American Journal of Psychiatry**, v. 155, n. 5, p. 613-619, 1998.
- LAMBERG, L. Social phobia: not just another name for shyness. **Journal of American Medical Academy**, v. 280, n. 8, p. 685-686, 1998.
- LÉPINE, J. P.; PÉLISSOLO, A. Social phobia and alcoholism: a complex relationship. **Journal of Affective Disorders**, v. 50, n. 1, p. 23-28, 1998.
- LINCOLN, T. M. et al. Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. **Behaviour Research and Therapy**, v. 41, n. 11, p. 1251-1269, 2003.
- LIPSITZ, J. D.; SCHNEIDER, F. R. Social phobia epidemiology and cost of illness. **Pharmacoeconomics**, v. 18, n. 1, p. 23-32, 2000.
- MAGEE, W. J. et al. Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the national comorbidity survey. **Archives of General Psychiatry**, v. 53, n. 2, p. 159-168, 1996.
- MALERBI, F. K.; SAVÓIA, M. G.; BERNIK, M. A. Aderência ao tratamento em fóbicos sociais: um estudo qualitativo. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 2, n. 2, p. 147-155, 2000.
- NARDI, A. E. Considerações sobre o tratamento associado: psicoterapia e farmacoterapia. In: _____. **Transtorno de ansiedade social: fobia social – a timidez patológica**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2000. p. 117-125.
- SCHENEIDER, F. R.; MARTIN, L. Y.; LIEBOWITZ, M. R. Alcohol abuse in social phobia. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 3, n. 1, p. 15-23, 1989.
- STEIN, M. B.; KEAN, Y. M. Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. **American Journal of Psychiatry**, v. 157, n. 10, p. 1606-1613, 2000.
- STEIN, M. B.; TORGRUD, L. J.; WALKER, J. R. Social phobia symptoms, subtypes and severity. **Archives of General Psychiatry**, v. 57, n. 9, p. 1046-1052, 2000.
- STEIN, M. B.; WALKER, J. R.; FORDE, D. R. Public-speaking fears in a community sample: prevalence, impact on functioning, and diagnostic classification. **Archives of General Psychiatry**, v. 53, n. 2, p. 169-174, 1996.
- STOPA, L.; CLARK, D. M. Cognitive process in social phobia. **Behaviour Research and Therapy**, v. 31, n. 2, p. 255-267, 1993.
- TAYLOR, S. et al. Cognitive restructuring in the treatment of social phobia: efficacy and mode of action. **Behaviour Modification**, v. 21, n. 4, p. 487-511, 1997.
- TERRA, M. B.; FIGUEIRA, I. ATHAYDE, L. D. Fobia social e transtorno de pânico: relação temporal com dependência de substâncias psicoativas. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 3, p. 436-443, 2003.
- THOMPSON, J. W. et al. The use of ambulatory service by persons with and without phobia. **Medical Care**, v. 26, n. 2, p. 183-198, 1988.
- ZIMMERMANN, G. et al. Prevalence of social phobia in clinical sample of drug dependent patients. **Journal of Affective Disorders**, v. 83, n. 1, p. 83-87, 2004.
- ZIMMERMANN, G.; PIN, M.A.; KIRENZ, S.; BOUCHAT, A.; FAURAT, B.; BESSON, J. & ZULLINO, D.F. Prevalence of Social Phobia in Clinical Sample of Drug Dependent Patients. **Journal of Affective Disorders**, v.83, n. 1: 83-87, 2004.

Recebido para publicação em: 14/03/05

Received for publication on: 14/03/05

Aceito para publicação em: 20/04/06

Accepted for publication on: 20/04/06