

Cinthia de Almeida¹
Eliaana Melcher Martins²
Renata Trigueirinho Alarcon³

Aplicação da Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo na Ansiedade Social

Application of Cognitive-Behavioral Group Therapy in Social Anxiety

RESUMO

Este trabalho tem o objetivo de verificar, por meio de revisão bibliográfica, as formas como a terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) é aplicada, bem como a adaptação e a eficácia das técnicas e estratégias da TCC para o tratamento em grupo da ansiedade social em adultos. Os estudos selecionados ocorreram entre os anos de 1993 e 2013, tiveram como foco de pesquisa a TCCG no tratamento da ansiedade social e incluíram trabalhos de revisão, ensaio clínico, estudos comparativos e estudos de caso. As pesquisas averiguadas demonstraram variação quanto ao formato e composição da TCCG para transtorno de ansiedade social (TAS) e confirmaram, em sua maior parte, a eficácia do tratamento. No entanto, poucos estudos abordaram fatores terapêuticos grupais. A insuficiência de dados relatados quanto às particularidades da TCCG no que concerne à interação do processo grupal e das técnicas da TCC limita a compreensão da adaptação das estratégias de TCC para grupos e aponta para um reconhecimento reduzido da TCCG como uma especialidade dentro da TCC, bem como de suas potencialidades abrangentes para o tratamento da ansiedade social.

Palavras-chave: Terapia cognitiva; Terapia de grupo; Fobia social

ABSTRACT

This study aims to verify, through a literature review, the ways as Cognitive-Behavioral Group (CBGT) is applied, as well as adaptation and effectiveness of techniques and strategies to the TCC group treatment of Social Anxiety in adults. The selected studies occurred between 1993 and 2013, have focused on the research CBGT in the treatment of social anxiety and included review articles, clinical trials, comparative studies and case studies. The research investigated showed variation in the size and composition of CBGT for social phobia and confirmed for the most part, the effectiveness of treatment. However, few studies have addressed factors therapeutic group. Insufficient data reported as the particularities of CBGT regarding the interaction of group process and techniques of CBT limited understanding of the adaptation of CBT strategies for groups and points to a reduced recognition of CBGT as a specialty within the CBT and as its potential for comprehensive treatment of Social Anxiety.

Keywords: Cognitive-behavioral group therapy; Social anxiety; Social phobia.

¹ Especialista em Terapia Cognitivo-comportamental pelo Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-comportamental - CETCC, vinculado à Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. - (Psicóloga Clínica.) - São Paulo - SP - Brasil.

² Mestra em Ciências pelo Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina - UNIFESP. - (Coordenadora do Centro de Estudos em Terapias Cognitivo-comportamentais - CETCC, vinculado à Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.).

³ Doutora em Ciências pelo Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Psicóloga Clínica. - (Docente no Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-comportamental - CETCC, vinculado à Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. Psicóloga Clínica.).

Correspondência:

Cinthia de Almeida.
Rua Vergueiro, 2387 - Vila Mariana.
São Paulo/SP - CEP 04101-200.
E-mail: arayessy@hotmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 17 de fevereiro de 2015. cod. 333.

Artigo aceito em 14 de junho de 2016.

DOI: 10.5935/1808-5687.20150005

INTRODUÇÃO

Nascida como uma psicoterapia breve, estruturada e orientada ao presente, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) foi desenvolvida por Aaron T. Beck no início de 1960, na Universidade da Pensilvânia, para tratamento da depressão. As muitas adaptações feitas mudaram o foco, a tecnologia e a duração do tratamento, porém os pressupostos teóricos foram mantidos (Beck, 1964 apud Beck, 1997, p. 17).

Resumidamente, o *modelo cognitivo* propõe que o pensamento distorcido ou disfuncional (que influencia o humor e o comportamento do paciente) seja comum a todos os distúrbios psicológicos. A avaliação realista e a modificação no pensamento produzem uma melhora no humor e no comportamento. A melhora duradoura resulta da modificação das crenças disfuncionais básicas dos pacientes. (Beck, 1997, p. 17).

Tradicionalmente, a TCC é descrita e praticada no formato individual. Entretanto, Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), no texto original sobre o tratamento da depressão, já haviam descrito a sua utilização no formato grupal. Os motivos que levaram a essa adaptação são válidos até hoje: tratar mais pacientes no mesmo intervalo de tempo em que se trataria apenas uma pessoa e poupar recursos financeiros do sistema de saúde. No entanto, a eficiência da terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) tem mostrado ir muito além da relação custo-benefício. Particularmente no tratamento de transtornos de ansiedade, há muitos estudos que comprovam sua eficácia e efetividade (Morrison, 2001).

Apesar de muitos estudos comprovarem a eficácia e a efetividade da TCCG para TAS, de acordo com Bieling, McCabe e Antony (2008), a adaptação de protocolos individuais existentes à terapia grupal muitas vezes não leva em consideração a natureza dinâmica e interativa em contínua evolução ocorrida em um grupo. Além disso, poucas abordagens grupais de TCC consideram significativamente as formas como os membros do grupo interagem entre si e com o(s) terapeuta(s), como os terapeutas (quando há mais de um) interagem entre si e como essa relação afeta o grupo como um todo e cada membro. Por sua vez, na TCCG para depressão e fobia social, os indivíduos podem reconhecer mais prontamente os erros cognitivos cometidos por outros membros do grupo do que os seus próprios, e um grupo tende a oferecer um número muito maior de conexões entre pensamentos e sentimentos do que uma terapia individual (Heimberg, Salzman, Holt, & Blendell, 1993; Hollow & Shaw, 1979).

As pesquisas citadas apoiam a ideia de que há certos transtornos psicológicos para os quais a TCCG poderia ser ainda mais eficaz do que a individual. No caso da ansiedade ou fobia social, cujo problema-chave consiste no medo e na preocupação diante de situações sociais que envolvem ser avaliado socialmente e ter suas reações emocionais e físicas percebidas pelos outros, a TCCG seria teoricamente mais indicada. Na prática, tem se mostrado realmente efetiva, pois os pensamentos e as crenças disfuncionais acerca da autoimagem e da maneira como o portador é percebido pelas pessoas são

testados pronta e profundamente no grupo de terapia (Heimberg *et al.*, 1993).

O transtorno de ansiedade social (TAS) ou fobia social é descrito no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)* como ansiedade significativa provocada pela exposição a certos tipos de situações sociais ou de desempenho, frequentemente levando ao comportamento de esquiva. É subdividido em fobia social generalizada e não generalizada. A ansiedade social generalizada é especificada quando os temores estão associados à maioria das situações sociais, não importando o número de pessoas envolvidas, nem o contexto.

Leahy (2011) relata que, em um estudo realizado nos Estados Unidos com 8 mil pessoas entre 15 e 54 anos, a prevalência de TAS foi de 13%, com incidência maior em mulheres. Verificou-se também que indivíduos de ambos os sexos, em geral, procuram tratamento social tardiamente, próximo aos 30 anos de idade. Como a ansiedade social tem início na infância, no mais tardar na adolescência, é possível que tal adiamento seja resultante de uma identificação equivocada de seus sintomas, que seriam interpretados como uma simples timidez e vistos como parte inalterável da personalidade do sujeito. No entanto, à medida que as situações sociais ficam mais complexas e necessárias para o desempenho profissional e pessoal do indivíduo maduro, esses sintomas tendem ao agravamento e ao acarretamento de muitos prejuízos em várias áreas da vida, muitas vezes evoluindo para transtornos comórbidos, como depressão, pânico, adição e outros transtornos de ansiedade.

O medo central de quem sofre de fobia social é o de ser avaliado negativamente pelos outros, o que torna quase todo encontro social um motivo de intensa ansiedade. Esse medo é mantido e intensificado por um foco excessivo em si mesmo, carregado por uma autoimagem negativa que alimenta a autocrítica e a autocobrança constante a respeito do próprio desempenho nas situações sociais. Indivíduos com ansiedade social tendem a idealizar o que seria um desempenho social perfeito (Leahy, 2011).

Estudos evidenciam a associação da ansiedade antecipatória com a ansiedade de desempenho no decurso do TAS, apontando para a importância de estratégias que as abordem durante o tratamento, já que a ansiedade antecipatória é responsável pela evitação e pelos chamados comportamentos de segurança comumente desenvolvidos (Price & Anderson, 2011).

A respeito do que distingue o tratamento individual do grupal em TCC, Bieling e colaboradores (2008) chamam a atenção para a distinção entre o chamado processo grupal, inerente a toda e qualquer abordagem terapêutica de grupo, e as técnicas específicas de cada abordagem terapêutica. Para a TCC, seja no formato individual ou grupal, a estrutura da sessão, o foco na tarefa e as estratégias cognitivas e comportamentais são essenciais e fazem parte das técnicas. E em TCCG, além

das técnicas, há o processo grupal, compreendido como os fatores presentes nas interações interpessoais entre os membros do grupo e entre os membros e terapeuta(s).

Quanto às técnicas de TCCG para o tratamento da ansiedade social, Bieling e colaboradores (2008) destacam a psicoeducação, a reestruturação cognitiva, a exposição e o treinamento em habilidades sociais, além das tarefas de casa, como estratégias essenciais da TCC. Outras técnicas comumente utilizadas em protocolos de TCCG para TAS, são o treino de atenção e exposição ou *feedback* de vídeo (Clark & Wells, 1995) e relaxamento (Heimberg, 2002).

Os profissionais que se dedicam à aplicação e ao desenvolvimento da TCC em grupo trabalham para a integração das técnicas de TCC e do processo grupal para a construção e viabilização de um modelo cognitivo para a terapia em grupo (Bieling *et al.*, 2008; White & Freeman, 2003). Para isso, é inevitável a busca de referências na literatura da psicoterapia em grupo, que, nas palavras de Bieling e colaboradores (2008, p.18), "...possui longa tradição própria que precede a TCC". Irvin Yalom, em sua obra *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*, de 1995, já na quinta edição (Yalom & Leszcz, 2006), ofereceu a visão mais abrangente e pormenorizada da psicoterapia em grupo e, por isso, é considerado um clássico (Bieling *et al.*, 2008).

Yalom e Leszcz (2006, p. 23) identificaram 11 experiências humanas que se relacionam de forma complexa no processo da mudança terapêutica na terapia em grupo, a que chamaram de "fatores terapêuticos". Esses fatores são: 1) instilação de esperança, 2) universalidade, 3) compartilhamento de informações, 4) altruísmo, 5) recapitulação corretiva do grupo familiar, 6) desenvolvimento de técnicas de socialização, 7) comportamento imitativo, 8) aprendizagem interpessoal (que se diferencia em "de saída" e "de entrada"), 9) coesão grupal, 10) catarse e 11) fatores existenciais.

Esses fatores terapêuticos são interdependentes entre si e, portanto, influenciam-se mutuamente. No que diz respeito ao processo de mudança na terapia, determinados fatores podem estar mais atrelados a partes específicas desse processo e atuar mais profundamente em determinadas dimensões dele, que podem ser no nível cognitivo (p. ex., a autocompreensão), no nível da mudança comportamental (p. ex., o desenvolvimento de técnicas de socialização) e no nível da emoção (p. ex., a catarse). Ainda, alguns fatores (como a coesão) podem ser entendidos como precondição para a mudança (Yalom & Leszcz, 2006).

Para Bieling e colaboradores (2008), muitos dos fatores descritos por Yalom podem ser observados na TCCG, ainda que poucos autores se dediquem a entrelaçar o que concerne aos fatores grupais e o que caracteriza a TCC.

White e Freeman (2003, p. xvi) destacam o fator de *coesão grupal* na TCCG, afirmando que "...normalmente os participantes não começarão a engajar-se em um processo construtivo até que exista, primeiro, um sentimento de

segurança originada na coesão". Em sua visão da TCCG, defendem que as melhores práticas nascem de um trabalho em que se sustenta e se cuida harmonicamente da coesão grupal e do foco na tarefa, tão essencial na TCC.

A TCCG já é evidenciada como efetiva para o tratamento do TAS. Pela complexidade e amplitude que envolve e possibilita, ao abarcar as técnicas de TCC e o processo grupal, esse trabalho visa verificar as formas como é aplicada, bem como a adaptação e a eficácia das técnicas e estratégias da TCC para o tratamento da ansiedade social em grupo.

METODOLOGIA

A busca foi realizada nos bancos de dados Medline, Lilacs, Pubmed e Scielo, e totalizou 18 artigos selecionados. No Medline, a busca foi feita em 26 de fevereiro de 2013, utilizando os descritores (Decs) da BVS para terapia cognitivo-comportamental (F04.754.137.428), terapia de grupo (F04.754.864.581) e para fobia social ou ansiedade social (F03.080.725), resultando em 80 artigos, dos quais 14 foram selecionados. No Lilacs, a busca foi realizada no mesmo dia e com os mesmos descritores, resultando em 2 trabalhos, dos quais apenas 1 foi selecionado. No Pubmed, a busca foi feita em 11 de março de 2013 com as palavras-chave "cognitive-behavioral group therapy and social anxiety", com os filtros de ano de publicação de até 10 anos, resultando em 154 artigos, dos quais 2, diferentes dos resultantes do Medline, foram selecionados. No Scielo, a busca ocorreu em 12 de março de 2013 com as palavras-chave "cognitive-behavioral group therapy and social anxiety" e resultou em 6 artigos, sendo 1 selecionado. Os critérios de inclusão foram ser pesquisa realizada entre os anos de 1993 e 2013 e ter como foco de pesquisa a TCCG no tratamento da ansiedade social, não importando a natureza do trabalho (revisão, ensaio clínico, estudo comparativo ou estudo de caso). Os critérios de exclusão foram o trabalho estar escrito em uma língua diferente do inglês ou português, o foco da pesquisa ser prioritariamente algo em que a TCCG foi secundária ou pouco relevante, bem como estar exclusivamente na avaliação dos resultados pós-tratamento e/ou *follow-up*, sem nenhuma descrição do processo do tratamento com a TCCG que fora realizado.

RESULTADOS

Dentre os 18 estudos selecionados, 8 se dedicaram exclusivamente à TCCG: 2 avaliaram a eficácia da TCCG para ansiedade social, 1 avaliou a eficácia do programa de TCCG ocidental aplicado a pacientes orientais, 1 avaliou a importância da reestruturação cognitiva como componente terapêutico essencial da TCC na TCCG para TAS, 2 investigaram a influência de fatores terapêuticos grupais no resultado da TCCG para TAS e 2 avaliaram um programa de TCCG intensiva para TAS. Dos outros 10, 2 compararam TCCG intensiva com TCC individual, 1 comparou TCCG intensiva, TCC individual e tratamento medicamentoso, 3 compararam TCCG com

farmacoterapia, 1 comparou TCCG e psicoterapia de grupo para TAS e 3 examinaram a eficácia da TCCG para TAS com comorbidade.

A Tabela 1 apresenta os temas dos estudos selecionados sobre TCCG para tratamento de ansiedade social.

90 minutos e, no outro, 120. Em ambos, o tratamento durou 12 semanas. Também o estudo de Bjornsson e colaboradores (2011) contou com 1 terapeuta, em sessões de 120 minutos por 8 semanas. Em 2 estudos não foram relatados alguns dados relevantes referentes ao formato. Halperin, Nathan, Drummond

Tabela 1. Temas dos estudos sobre TCCG para tratamento de ansiedade social

Estudo	Tema
D'ElRey et al. (2007)	Eficácia da TCCG para TAS.
D'ElRey et al. (2008)	Eficácia da TCCG para TAS.
Chen et al. (2007)	TCCG para TAS aplicada a pacientes orientais.
Hope et al. (1995)	Importância da reestruturação cognitiva como componente terapêutico essencial da TCC na TCCG para TAS.
Choi e Park (2006)	Influência de fatores terapêuticos grupais no resultado da TCCG para TAS.
Taube-Schiff et al. (2007)	Influência do fator terapêutico de "coesão grupal" no resultado da TCCG para TAS.
Mörtberg et al. (2005)	TCCG intensiva para TAS.
Mörtberg et al. (2006)	TCCG intensiva para TAS.
Mörtberg et al. (2007)	TCCG intensiva, TCC individual e farmacoterapia.
Stangier et al. (2003)	Comparação de TCCG intensiva com TCC individual.
Dogaheh et al. (2011)	Comparação de TCCG intensiva com TCC individual
Heimberg et al. (1998)	Comparação de TCCG com farmacoterapia para TAS
Blanco et al. (2010)	Comparação de TCCG com farmacoterapia para TAS.
Otto et al. (2000)	Comparação de TCCG com farmacoterapia para TAS.
Bjornsson et al. (2011)	Comparação de TCCG e Psicoterapia de Grupo para TAS.
Marom et al. (2009)	Eficácia da TCCG para TAS (com depressão).
Kingsep et al. (2003)	Eficácia da TCCG para TAS (com esquizofrenia).
Halperin et al. (2000)	Eficácia da TCCG para TAS (com esquizofrenia)

O formato de aplicação da TCCG variou em relação ao tamanho do grupo, número de terapeutas, duração das sessões e duração do tratamento. Houve uma diferenciação dos estudos de Mörtberg, Karlsson, Fyring e Sundin (2006) para o desenvolvimento de um protocolo de TCCG intensiva, em que o tratamento foi comprimido em sessões longas de 120 a 360 horas em 3 semanas, e no estudo de Mörtberg, Berglund e Sundin (2005), em que avaliaram a eficácia e a viabilidade de um formato da TCCG intensiva para TAS em uma clínica psiquiátrica, e foi introduzido um intervalo de uma semana entre a 2ª e a 3ª (e última) semanas. No estudo de Marom, Gilboa-Schechtman, Aderka, Weizman e Herm (2009) sobre o impacto da depressão na TCCG para TAS após o término do tratamento e durante 1 ano de *follow-up*, ocorreu a maior disparidade quanto ao número de pacientes por grupo, variando de 6 a 20 integrantes, e a maior duração do tratamento, 18 semanas. A maior parte dos estudos adotou uma média de 6 participantes por grupo, sendo o menor grupo de 3 (Chen *et al.*, 2007) e o maior grupo de 20 (Marom *et al.*, 2009). Em 12 estudos, 2 coterapeutas conduziram as sessões. Nos dois estudos brasileiros D'El Rey, Greenberg, Husni e Cejkinski (2007) e D'El Rey, Lacava, Cejkinski e Mello (2008), houve 1 terapeuta por grupo, sendo que em um desses estudos as sessões duraram

e Castle (2000) não informaram o número de participantes por grupo e o número de terapeutas, apenas a duração das sessões (120 minutos) e do tratamento (8 semanas). O número de integrantes dos grupos também não foi referido na pesquisa de Kingsep, Nathan e Castle (2003). Nos 3 estudos conduzidos por Mörtberg e colaboradores (2005, 2006, 2007), abordando a TCCG intensiva, foi incluída a participação de um fisioterapeuta responsável por ministrar as técnicas de *relaxamento aplicado* ao longo do tratamento.

A Tabela 2 descreve o formato do tratamento com TCCG em cada estudo.

Das técnicas e estratégias comumente utilizadas nos protocolos de TCCG para TAS, estiveram presentes em quase todos os estudos a psicoeducação, a reestruturação cognitiva, a exposição e as tarefas de casa.

A reestruturação cognitiva e as tarefas de casa fizeram parte de todos os protocolos utilizados. A exposição (sem gravação em vídeo) só não fez parte de 2 dos 3 estudos de Mörtberg e colaboradores (2005, 2006). No entanto, nesses estudos a exposição foi gravada em vídeo, o que caracteriza uma outra técnica derivada da exposição. Por fim, apenas no estudo de Dogaheh, Mohammadkhani e Dolatshahi (2011) a psicoeducação não foi relatada como técnica.

Tabela 2. Formato do tratamento com TCCG em cada estudo

Estudo	Sessões por semana (n)	País	Grupo (n)	Terapeutas (n)	Tempo de sessão (min.)	Duração (sem.)
Hope et al. (1995)	1	EUA	6 - 7	2	120 - 150	12
Heimberg et al. (1998)	1	EUA	5 - 7	2	150	12
Otto et al. (2000)	1	EUA	4 - 6	2	150	12
Halperin et al. (2000)	1	Austrália	NI	NI	120	8
Stangier et al. (2003)	1	Alemanha	4 - 7	2	120	15
Kingsep et al. (2003)	1	Austrália	NI	2	120	12
Mörtberg et al. (2005)	9/0/7 ^a	Suécia	6 - 8	2 / F	120 - 180	3
Mörtberg et al. (2006)	9/0/7 ^a	Suécia	6 - 8	2 / F	120 - 180	3
Mörtberg et al. (2007)	9/0/7 ^a	Suécia	6 - 7	2 / F	120 - 180	3
Choi e Park (2006)	1	Coréia	5 - 10	NI	120	10
D'ElRey et al. (2007)	1	Brasil	≅7	1	90	12
D'ElRey et al. (2008)	1	Brasil	≅5	1	120	12
Chen et al. (2007)	1	Japão	3 - 4	2	120	15
Taube-Schiff et al. (2007)	1	Canadá	5 - 8	2	NI	10
Marom et al. (2009)	1	Israel	6 - 20	2	90	18
Blanco et al. (2010)	1	EUA	4 - 6	2	150	12
Bjornsson et al. (2011)	1	EUA	5 - 7	1	120	8
Dogaheh et al. (2011)	1	Irã	12	NI	NI	12

Nota. F: fisioterapeuta; NI: não informado. ^a Protocolo de TCCG intensiva utilizado nos 3 estudos de Mörtberg et al. (2005, 2006, 2007) em que o tratamento foi comprimido em sessões longas, por 3 semanas. Na 1ª semana, de segunda a quinta-feira, com sessões pela manhã e pela tarde e, na sexta-feira, apenas 1 sessão pela manhã, totalizando 9 sessões. Na 2ª semana não houve sessões, apenas tarefas de casa. Na 3ª semana, de segunda a quarta-feira, com sessões pela manhã e à tarde e, na quinta-feira, apenas 1 sessão pela manhã, totalizando 7 sessões. As sessões da manhã duravam 180 minutos e as da tarde 120 minutos.

A Figura 1 evidencia, por meio de um gráfico, quantos estudos utilizaram cada uma das técnicas e estratégias dos protocolos de TCCG comumente indicados para TAS. A Tabela 3 apresenta quais técnicas e estratégias de TCCG fizeram parte do protocolo de cada estudo.

Dos 18 estudos, apenas 4 avaliaram formalmente a evolução do tratamento em relação aos chamados fatores não específicos da terapia, neste caso, fatores terapêuticos grupais. Nos estudos de Hope, Heimberg e Bruch (1995) e no de Heimberg e colaboradores (1998), ambos realizados nos Estados Unidos, foi avaliado o fator de coesão de grupo por meio da *Revised Gross Cohesiveness Scale (1983)* apud Hope, Heimberg, & Bruch, 1995; Heimberg et al., 1998), administrada, em ambos os estudos, nas sessões 4 e 8. No primeiro estudo, até a última aplicação as medidas de coesão grupal eram semelhantes para TCCG e grupo-controle, no entanto a escala

não foi aplicada no final do tratamento, quando a coesão de grupo foi ameaçada por uma grande taxa de abandono.

O desenvolvimento da coesão de grupo e sua relação com o sucesso da TCCG para ansiedade social foi tema central do estudo canadense de Taube-Schiff, Suvak, Antony, Bieling e McCabe (2007). A medida utilizada foi a *Group Cohesion Scale-Revised (GCS-R)* (Treadwell et al., 2001 apud Taube-Schiff, Suvak, Antony, Bieling, & McCabe, 2007), tendo sido mensurada na metade e no final do tratamento (5ª e 10ª sessões). O único estudo a avaliar amplamente os fatores terapêuticos não específicos que influenciam o resultado da TCCG para TAS foi o de Choy e Park (2006), da Coreia, no qual utilizaram uma versão reduzida, com 12 questões (uma para cada fator), do *Yalom's Curative Factors Questionnaire (1975)* apud Choy & Park, 2006), que originalmente avaliava 12 fatores por meio de 60 questões.

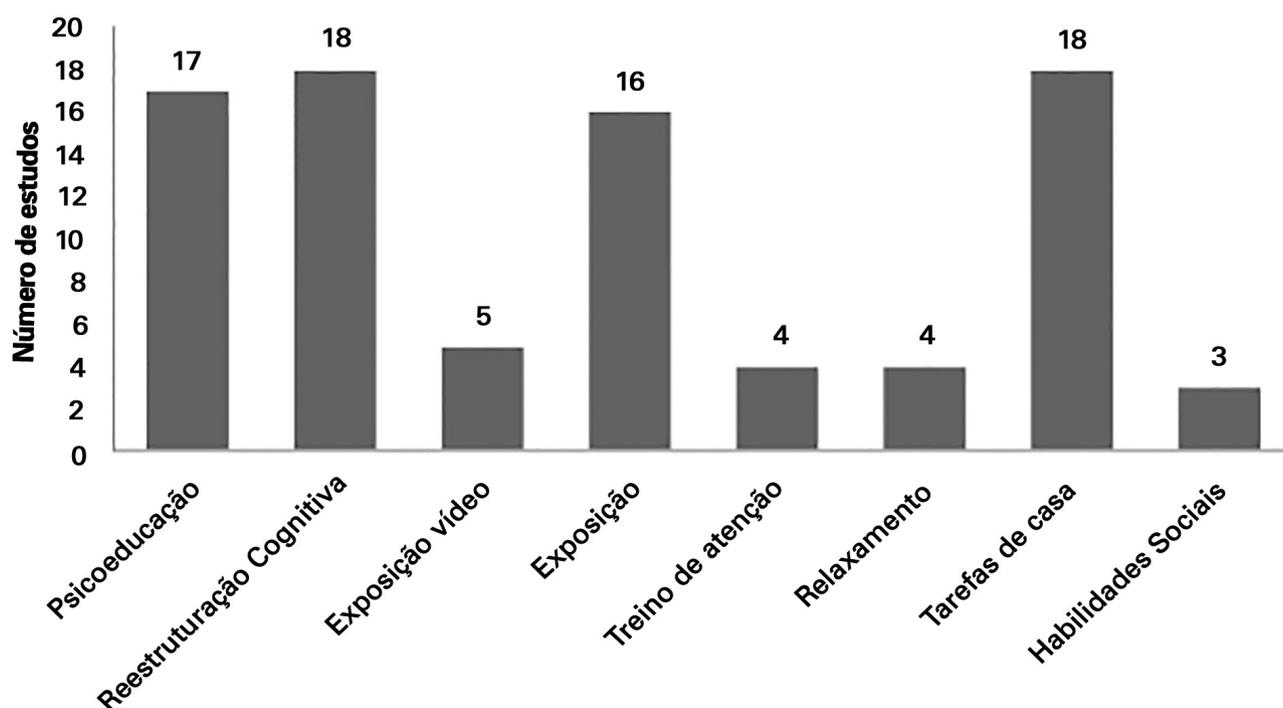


Figura 1. Técnicas e estratégias dos protocolos de TCCG utilizados nos estudos

Tabela 3. Técnicas e estratégias dos protocolos de TCCG utilizados nos estudos

Estudo	Psi	RC	EV	E	TA	Rel	TC	HS
Heimberg et al, 1998	x	x		x			x	
Blanco C et al, 2010	x	x		x			x	
Otto et al, 2000	x	x		x			x	
D'ElRey et al, 2007	x	x		x			x	
D'ElRey et al, 2008	x	x		x			x	x
Chen et al, 2007	x	x	x	x	x		x	
Hope D et al, 1995	x	x		x			x	
Marom et al, 2009	x	x		x	x		x	x
Kingsep et al, 2003	x	x		x		x	x	
Halperin et al, 2000	x	x		x			x	
Taube-Schiff et al, 2007	x	x		x			x	x
Choi Y, Park K, 2006	x	x		x			x	
Mortberg et al, 2005	x	x	x			x	x	
Mortberg et al, 2006	x	x	x			x	x	
Mortberg et al, 2007	x	x	x	x	x	x	x	
Stangier et al, 2003	x	x	x	x	x		x	
Dogaheh et al, 2011		x		x			x	
Bjornsson A et al, 2011	x	x		x			x	

Psi = Psicoeducação; RC = Reestruturação Cognitiva; EV = Exposição em Vídeo; E = Exposição; TA = Treino de Atenção; Rel = Relaxamento; TC = Tarefas de casa; HS = Habilidades Sociais.

Quanto aos resultados gerais dos estudos revisados, em D'El Rey e colaboradores (2007) a TCCG foi superior ao CPC (controle placebo com credibilidade) e em D'El Rey e colaboradores (2008) a TCCG foi superior ao grupo-controle na LE (lista de espera). Ambos os estudos tiveram como tema central a verificação da eficácia da TCCG para TAS.

A pesquisa de Chen e colaboradores (2007), cujo foco era a verificação da viabilidade da TCCG aplicada a pacientes orientais, concluiu que TCCG para TAS é viável e eficaz para pacientes japoneses.

Já o estudo de Hope e colaboradores (1995), que teve como tema central a observação da importância da reestruturação cognitiva como componente terapêutico essencial da TCC para TAS, concluiu que a "reestruturação cognitiva" não se mostrou determinante para a eficácia do tratamento em grupo e que mudanças cognitivas ocorreram em TCCG e no grupo-controle de terapia de exposição, tendo sido equivalentes em eficácia.

A pesquisa de Choi e Park (2006), sobre a influência dos fatores terapêuticos grupais no resultado da TCCG para TAS, observou que os fatores que mais influenciaram na melhora dos pacientes na TCCG foram o "fator existencial", a "aprendizagem interpessoal" e a "orientação e autocompreensão". Os pacientes mais recuperados classificaram "aprendizagem interpessoal", "orientação", "universalidade" e "coesão do grupo" como mais benéficos do que os pacientes menos recuperados. O estudo avaliou também os componentes terapêuticos de TCC mais úteis. Os pacientes com maior resposta avaliaram "reestruturação cognitiva" como sendo mais útil. Os pacientes com menos melhora avaliaram "psicoeducação" como mais útil.

Taube-Schiff e colaboradores (2007), que estudaram a influência do fator terapêutico de "coesão grupal" no resultado da TCCG para TAS, concluíram que o desenvolvimento da "coesão do grupo" era relacionado com a diminuição nos sintomas de ansiedade social e às melhorias em medidas mais gerais de psicopatologia, incluindo ansiedade, estresse, depressão e incapacidade funcional.

Em Mörtberg e colaboradores (2005), a TCCG intensiva mostrou-se eficaz no tratamento de pacientes psiquiátricos com TAS, com efeitos duradouros. No estudo de Mörtberg e colaboradores (2006) a TCCG intensiva foi eficaz. Ambos os estudos focaram exclusivamente na TCCG intensiva para TAS.

O estudo de Mörtberg e colaboradores (2007), que comparou TCCG intensiva, terapia cognitivo-comportamental individual (TCCI) e farmacoterapia, concluiu que a TCCI foi superior à TCCG intensiva e à farmacoterapia, que não diferiram na eficácia geral.

Dois estudos compararam TCCG intensiva com TCCI. Em Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach e Clark (2003), o protocolo de TCCG utilizado foi transposto de um protocolo de TCCI específico para a fobia social e sua eficácia foi diminuída no formato em grupo nesse estudo. No estudo de Dogahneh e colaboradores (2011), a TCCG foi mais eficaz do que a TCCI

em reduzir o medo da avaliação negativa, mas o significado clínico e a melhoria nos índices nos dois formatos de tratamento foram equivalentes.

Três pesquisas compararam TCCG com farmacoterapia para TAS. Heimberg e colaboradores (1998) concluíram que a TCCG foi tão eficaz quanto o tratamento com fenelzina. Blanco e colaboradores (2010) determinaram que fenelzina combinada à TCCG foi superior a qualquer tratamento isolado e ao placebo. O estudo de Otto e colaboradores (2000) teve como resultado igual eficácia para clonazepam e TCCG, com alguma evidência de evolução aguda potencializada para pacientes mantendo tratamento com clonazepam, no final do ensaio.

A pesquisa de Bjornsson e colaboradores (2011) comparou TCCG e psicoterapia de grupo para TAS e teve como conclusão que TCCG e psicoterapia de grupo foram eficazes de forma equivalente. Os autores concluíram que o tratamento do TAS parece estar se movendo em direção à TCC individual, em parte por causa de altas taxas de desgaste e subutilização de dinâmicas de grupo em TCCG.

Por fim, três estudos verificaram a eficácia da TCCG para TAS com comorbidade. Os resultados gerais do estudo de Marom e colaboradores (2009) expressaram que TCCG foi eficaz tanto na redução da ansiedade social como na redução da depressão. Os indivíduos com fobia social generalizada e indivíduos com fobia social específica diferiram na sua apresentação da psicopatologia e na sua resposta a TCCG. Em Kingsep e colaboradores (2003), TCCG para ansiedade social na esquizofrenia demonstrou ser eficaz como tratamento adjuvante para essa população. Já no estudo de Halperin e colaboradores (2000), TCCG foi eficaz no tratamento de ansiedade social na esquizofrenia.

DISCUSSÃO

Por meio de revisão bibliográfica, este trabalho teve por objetivo verificar as formas como a TCCG é aplicada, bem como a adaptação e a eficácia das técnicas e estratégias da TCC para o tratamento em grupo da ansiedade social em adultos.

Inicialmente, é relevante o fato de haver poucos estudos com esse tema, considerando o número de pesquisas dedicadas à TCC e a prevalência do TAS na população mundial, bem como a comprovada indicação de TCCG para seu tratamento.

Estritamente no que se refere à forma de aplicação da TCCG, é notável que 4 dos 18 estudos não tenham informado dados essenciais, tais como: número de participantes do grupo, número de terapeutas e duração das sessões. Tal fato aponta para deficiências na pesquisa e, principalmente, para a desconsideração desses dados como fundamentais para a caracterização e a eficiência da TCCG.

A grande variação no formato de TCCG quanto a tamanho do grupo, número de terapeutas, duração das sessões e tratamento pode significar uma possível adaptação às

condições de cada pesquisa e de seus pesquisadores, mais do que a consideração de formatos e composição dos tratamentos de TCCG já desenvolvidos e comprovados em sua eficiência, com base nos autores de referência.

Quanto à adaptação e eficácia das técnicas e estratégias de TCC aplicadas para tratamento em grupo de ansiedade social, evidenciou-se a escassez de referências a como são aplicadas no contexto grupal, sendo apenas referidas em TCC individual. O “como” necessariamente trataria dos componentes próprios do processo grupal na interação com as estratégias de TCC. Parece existir um reconhecimento deficiente da TCCG como especialidade em TCC. Apóia essa hipótese o fato de que apenas 4 dos 18 estudos abordaram fatores grupais.

Nesse sentido, é notável o fato de que, nos estudos em que a TCCG para TAS foi exclusivamente avaliada, a eficácia do tratamento foi confirmada sem exceção. No entanto, nos estudos em que a TCCG foi comparada a outros tratamentos, seu grau de eficácia variou. Especialmente quando comparada à TCC individual, a TCCG foi menos eficaz ou equivalente. E, quando comparada à psicoterapia de grupo (PG), cuja ênfase estava justamente na dinâmica grupal, a TCCG foi equivalente, e não mais eficaz como havia sido previsto. Além disso, em um dos estudos, os autores discutem a hipótese de a eficácia da TCCG ter sido diminuída devido à transposição para grupo de um protocolo de TCC individual e, no estudo que comparou à psicoterapia de grupo, devido à subutilização da dinâmica grupal. Ainda neste último estudo, os autores relataram ter havido mais respondedores e muito menos atrito no grupo-controle de PG do que no de TCCG (Tabela 1).

Nos estudos em que foi comparada a eficácia da TCCG com farmacoterapia (Tabela 1), a TCCG foi equivalente ao tratamento medicamentoso para a melhora dos pacientes ou foi mais eficaz juntamente à medicação do que em qualquer dos tratamentos isolados. Assim como pesquisas que verificaram a eficácia da TCCG para TAS com alguma comorbidade, como depressão ou esquizofrenia, seus resultados foram todos positivos.

Essas observações levam à pergunta: por que a TCCG se mostrou menos eficaz quando comparada à TCC individual ou a uma condição de controle em que a dinâmica grupal era preponderante? Afinal, em outros contextos de pesquisa, se mostrou eficaz na quase totalidade dos estudos.

É evidente o sucesso da TCC como abordagem terapêutica. Talvez ainda seja necessário desenvolver-se como abordagem terapêutica grupal, considerando ampla e profundamente as necessidades terapêuticas grupais na construção de técnicas e estratégias específicas para o tratamento em grupo, ou, ainda, dedicando maior espaço e cuidado à dinâmica grupal. É possível que esteja ocorrendo a aplicação da TCC para muitos indivíduos ao mesmo tempo e não verdadeiramente em grupo.

Algo que pode apoiar essa hipótese é o conjunto de técnicas que prevaleceram na maioria dos protocolos

utilizados: psicoeducação, reestruturação cognitiva, tarefas de casa e exposição. Com exceção da técnica de exposição, especialmente indicada para todos os transtornos de ansiedade, as demais são técnicas básicas de TCC, presentes em todos os protocolos de TCC, seja individual ou de grupo. Outras técnicas de TCC indicadas para o tratamento de TAS, como respiração diafragmática, relaxamento progressivo, treino de atenção e treino de habilidades sociais foram bem menos utilizadas. Todas as técnicas citadas são utilizadas tanto em protocolos individuais como grupais, então não se trata da eficácia das técnicas de TCC em TCCG, mas da diferença essencial de sua aplicação em um grupo, em que as relações terapêuticas são multiplicadas entre os terapeutas e cada membro do grupo, e de cada um destes com o grupo em si, como se fosse mais um indivíduo.

Em grupo, o tempo para que cada paciente se beneficie do contexto terapêutico grupal é diferenciado quantitativa e qualitativamente de uma terapia individual. É provável que a maior parte dos protocolos tenha se restringido a um conjunto básico de técnicas, a fim de cumprirem um número delimitado de sessões. Com isso, pouco tempo foi dedicado à observação, ao cuidado e ao desenvolvimento dos chamados fatores não específicos da terapia, dimensão em que justamente o grupo é formado, cresce, amadurece e trabalha em prol de um objetivo comum, que, nesse caso, seria a melhora da ansiedade social.

Dos 4 trabalhos que avaliaram esses fatores não específicos, 3 elegeram o fator de coesão grupal como relevante para ser observado (Hope *et al.*, 1995; Heimberg *et al.*, 1998; Taube-Schiff *et al.*, 2007), e somente o estudo de Choi e Park (2006) avaliou todos os 12 fatores da *Yalom's Curative Factors Questionnaire* (1975 apud Choy & Park, 2006), bem como os componentes essenciais da TCC, para saber quais seriam os mais significativos na melhora dos pacientes com TAS. No estudo de Hope e colaboradores (1995), em que a importância da reestruturação cognitiva como componente essencial da TCC foi avaliada em TCCG para TAS, as medidas de coesão grupal foram similares à do grupo controle de terapia de exposição, sem reestruturação cognitiva, até o último momento em que foram tomadas. No entanto, a escala de coesão grupal não foi aplicada no último terço do tratamento, justamente quando houve a maior taxa de abandono na TCCG. Ao mesmo tempo, verificou-se que o componente de reestruturação cognitiva, essencial na TCC, não foi determinante para o sucesso do tratamento e que mudanças cognitivas até mais significativas ocorreram no grupo controle. De outro lado, no estudo que avaliou quais os fatores grupais e componentes de TCC mais úteis, a reestruturação cognitiva foi relatada pelos pacientes com maiores taxas de melhora como mais útil, juntamente com os fatores de “coesão de grupo”, “aprendizagem interpessoal”, “orientação” e “universalidade”. Logo, o foco não está na determinância de um componente ou fator para a eficácia do tratamento, mas no *quanto* e no *como* eles se relacionam, especialmente em TCCG.

Em 2 outros estudos que avaliaram a coesão grupal, o de Heimberg e colaboradores (1998) não encontrou nas análises estatísticas efeitos significativos sobre o resultado do tratamento, enquanto Taube-Schiff e colaboradores (2007) verificaram correlação entre coesão grupal e melhoria de vários sintomas envolvidos no TAS. Em relação às análises do primeiro estudo, pode-se pensar que, se as pontuações nas escalas de coesão grupal não se correlacionaram a diferenças na eficácia do tratamento, tampouco isso quer dizer que a coesão grupal não tenha sido parte indissolúvel dele. Reunido a essa observação está o fato de que, no primeiro estudo, a medida de coesão grupal foi coadjuvante, enquanto no segundo foi foco da pesquisa. Esses dados podem sugerir diferenças quanto à condução dos terapeutas responsáveis no sentido de cuidar e trabalhar junto aos membros do grupo para o desenvolvimento e o fortalecimento da coesão como meio de viabilizar e potencializar o processo terapêutico grupal.

Em relação à ansiedade social, cuja questão central é a preocupação acerca do julgamento do outro, a TCCG encontra um terreno fértil para seu desenvolvimento como abordagem terapêutica capaz de conceber um modelo cognitivo para a terapia em grupo. É possível e provável que, na prática clínica, a TCCG já conte com muitos terapeutas hábeis e realizadores nesse sentido. No entanto, é evidente a precariedade das pesquisas em viabilizar a observação e o desenvolvimento da TCCG no que tange à interação do processo grupal e das técnicas em TCC.

CONCLUSÃO

Nesta revisão bibliográfica observa-se que a TCCG para o tratamento da ansiedade social em adultos varia em seu formato e composição. De forma geral, é um tratamento eficaz. No entanto, quando comparada à TCC individual ou a tratamentos com ênfase na dinâmica grupal, a TCCG tem sua eficácia diminuída. Reunido a esse dado, poucos estudos avaliam fatores terapêuticos grupais. As pesquisas abordam de forma insuficiente as particularidades da TCCG no que concerne à interação do processo grupal e das técnicas da TCC, o que limita a compreensão da adaptação das estratégias de TCC para grupos e aponta para um reconhecimento limitado da TCCG como especialidade dentro da TCC. Sugere-se o avanço das pesquisas no sentido de preencher essas lacunas e desenvolver a TCCG no tratamento da ansiedade social, cuja questão central propicia um terreno fértil a tal tarefa.

REFERÊNCIAS

Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/00048677909159104>

Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2008). *Terapia cognitivo-comportamental em grupos*. Porto Alegre: Artmed.

Bjornsson A. S., Bidwell L. C., Brosse A. L., Carey, G., Hauser M., Mackiewicz Seghete, K. L., ...Craighead, W. E. (2011). Cognitive-behavioral group therapy versus group psychotherapy for social anxiety disorder among college students: A randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 28(11), 1034-1042. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/da.20877>

Blanco, C., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Fresco D. M., Chen H., Turk C. L., ...Liebowitz, M. R. (2010). A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioral group therapy, and their combination for social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 286-295. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.11>

Chen, J., Nakano, Y., Ietzu, T., Ogawa, S., Funayama, T., Watanabe, N., ... Furukawa, T. A. (2007). Group cognitive behavior therapy for Japanese patients with social anxiety disorder: preliminary outcomes and their predictors. *BMC Psychiatry*, 7, 69. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-7-69>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-7-69>

Choi, Y., & Park, K. (2006). Therapeutic factors of cognitive behavioral group treatment for social phobia. *Journal of Korean Medical Science*, 21(2), 333-336. DOI: <http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2006.21.2.333>

Clark, D. M., & Wells, A. A. (1995). Cognitive model in social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford Press.

D'El Rey, G. J. F., Greenberg P. N., Husni, M. A., & Cejkinski, A. (2007). Terapia cognitivo-comportamental de grupo no tratamento da fobia social generalizada. *Psicologia Argumento*, 25(50), 305-311.

D'El Rey, G. J. F., Lacava, J., Cejkinski, A., & Mello, S. (2008). Tratamento cognitivo-comportamental de grupo na fobia social: Resultados de 12 semanas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(2), 79-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000200006>

Dogaheh, E. R., Mohammadkhani, P., & Dolatshahi, B. (2011). Comparison of group and Individual cognitive-behavioral therapy in reducing fear of negative evaluation. *Psychological Reports*, 108 (3), 955-962.

Halperin, S., Nathan, P., Drummond, P., & Castle, D. (2000). A cognitive-behavioural, group-based intervention for social anxiety in schizophrenia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(5), 809-813

Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Current status and future directions. *Biological Psychiatry*, 51(1), 101-108. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01183-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01183-0)

Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., ...Klein, D. F. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55(12), 1133-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.55.12.1133>

Heimberg, R. G., Salzman, D. G., Holt, C. S., & Blendell, K. A. (1993). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year follow-up. *Cognitive Therapy and Research*, 17(4), 325-339. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/BF01177658>

- Hollow, S. D., & Shaw, B. F. (1979). Group cognitive therapy for depressed patients. In A. T. Beck, A. J. Rush, B. F. Shaw, & G. Emery (Eds.), *Cognitive therapy of depression* (pp. 328-353). New York: Guilford Press.
- Hope, D. E., Heimberg, R. G., & Bruch, M. A. (1995). Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (6), 637-650. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00013-N](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(95)00013-N)
- Kingsep, P., Nathan, P., & Castle, D. (2003). Cognitive behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 63(1-2), 121-129. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964\(02\)00376-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964(02)00376-6)
- Leahy, R. L. (2011). "Estou tão envergonhado!" Transtorno de ansiedade social. In R. L. Leahy (Ed.), *Livre de ansiedade* (pp. 138-161). Porto Alegre: Artmed.
- Marom, S., Gilboa-Schechtman, E., Aderka, I. M., Weizman, A., & Hermesh, H. (2009). Impact of depression on treatment effectiveness and gains maintenance in social phobia: A naturalistic study of cognitive behavior group therapy. *Depression and Anxiety*, 29(3), 289-300. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/da.20390>
- Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: Treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 29(3), 311-332. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465801003058>
- Mörtberg, E., Berglund, G., & Sundin, O. (2005). Intensive cognitive behavioural group treatment for social phobia: A pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(1), 41-49. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/16506070510010657>
- Mörtberg, E., Clark, D. M., Sundin, O., & Aberg Wistedt, A. (2007). Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled Trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(2), 142-154.
- Mörtberg, E., Karlsson, A., Fyring, C., & Sundin, O. (2006). Intensive cognitive-behavioral group treatment (CBGT) of social phobia: A randomized controlled study. *Anxiety Disorders*, 20(5), 646-660. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.07.005>
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Gould, R. A., Worthington JJ 3rd, McArdle, E. T., & Rosenbaum, J. F. (2000). A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. *Anxiety Disorders*, 14(4), 345-358. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185\(00\)00027-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185(00)00027-X)
- Price, M., & Anderson, P. L. (2011). Latent growth curve analysis of fear during a speech task before and after treatment for social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 49(11), 763-770. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2011.08.004>
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: Individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(9), 991-1007. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00176-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00176-6)
- Taube-Schiff, M., Suvak, M. K., Antony, M. M., Bieling, P. J., & McCabe, R. E. (2007). Group cohesion in cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 45(4), 687-698. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2006.06.004>
- White, J. R., & Freeman, A. S. (2003). Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações com problemas específicos. São Paulo: Roca.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de grupo: Teoria e prática* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.