

Transtorno da Ansiedade Social: Diagnóstico Diferencial

Autoria: Associação Brasileira de Psiquiatria

Elaboração Final: 17 de junho de 2011

Participantes: Levitan MN, Crippa JAS, Manfro G,
Hetem LAB, Chagas MHN, Salum Júnior G,
Isolan L, Ferrari MCF, Nardi AE, Andrada NC

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DE MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

Foram revisados artigos nas bases de dados do MEDLINE (PubMed), Scopus, Web of Science e Lilacs, sem limite de tempo. A estratégia de busca utilizada baseou-se em perguntas estruturadas na forma P.I.C.O. (das iniciais “Paciente”, “Intervenção”, “Controle”, “Outcome”). Foram utilizados como descritores: *phobic disorders, diagnosis, differential diagnosis, prognosis, comorbidity, early onset, risk factors, social anxiety, social phobia, anxiety, anxiety disorders, Shy Bladder, selective mutism, child, evaluation, agoraphobia, depression, depression disorders, major depression, panic attacks, avoidant personality disorder, alcohol, substance-related disorders, shyness*.

Estes descritores foram usados para cruzamentos de acordo com o tema proposto em cada tópico das perguntas P.I.C.O. Após análise desse material, foram selecionados os artigos relativos às perguntas que originaram as evidências que fundamentaram a presente diretriz. Além disso, artigos que apresentam relevância na literatura e que eram de conhecimento dos autores e os manuais diagnósticos, DSM-IV e CID-10, também foram utilizados na elaboração das diretrizes.

A utilização de questões clínicas estruturadas objetivou facilitar a elaboração de estratégias de busca das melhores evidências. Segue exemplo da estratégia de busca para a pergunta: “Como realizar o diagnóstico diferencial de depressão e TAS?”

P – pacientes com TAS = (*phobic disorders OR social phobia*)

I – não houve intervenção,

C – pacientes com depressão = (*depression OR depression disorders OR major depression*)

O – diagnóstico diferencial = *differential diagnosis*

Desta forma a busca foi estruturada pelos seguintes descritores Mesh e booleanos: (*phobic disorders OR social phobia*) AND (*depression OR depression disorders OR major depression*) AND *differential diagnosis*, onde *Phobic disorders* é Mesh somente a partir de 1981, por isto acrescentamos o descritor usado desde 1969 *Social Behavior Disorders*, ligados pelo booleano “OR” com a intenção de ampliar a busca. Da mesma forma, os descritores *Depression disorders* e *Depression disorder*, *Major* somente são utilizados a partir de 1981 e ampliamos a busca acrescentando o descritor *Depression*, utilizado desde 1969. Esta busca recuperou 1.301 trabalhos sobre o assunto, dos quais 56 trabalhos com o melhor filtro metodológico (*diagnosis/narrow*), onde os trabalhos apresentam especificidade de pelo menos 98% e sensibilidade de pelo menos 64%. Estes artigos passaram pelas seguintes etapas: seleção da evidência, avaliação crítica da evidência, extração de resultados e tradução das pesquisas em grau de recomendação e força de evidência.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.

B: Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.

C: Relatos de casos (estudos não controlados).

D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVO:

Apresentar e discutir os principais diagnósticos diferenciais entre o transtorno de ansiedade social e os demais transtornos psiquiátricos.

CONFLITO DE INTERESSE:

Os conflitos de interesse declarados pelos participantes da elaboração desta diretriz estão detalhados na página 10.

INTRODUÇÃO

O transtorno da ansiedade social (TAS) apresenta características clínicas que podem se assemelhar em diferentes aspectos a outros transtornos psiquiátricos tornando o diagnóstico diferencial muitas vezes um desafio na prática clínica. Faz-se importante destacar que uma pessoa socialmente hábil em todas as esferas da sua vida é algo raro de se encontrar. É bastante comum conhecer pessoas que são assertivas em uma parte de sua vida e em outras não. O que permitirá um diagnóstico de socialmente ansiosa, é o grau de prejuízo que apresenta em função da ansiedade, as crenças que tem sobre sua eficácia social e em quantas outras esferas de sua vida têm esta dificuldade.

Sintomas presentes no TAS, como isolamento social, também estão presentes em outros transtornos, como a depressão¹(B). As preocupações recorrentes do TAS (conteúdo de adequação social) podem ocorrer em outros transtornos psiquiátricos, como o transtorno da ansiedade generalizada²(B). E ainda, é possível que o paciente com TAS experimente um ataque de pânico em situação de intensa exposição social³(B).

A delimitação clínica do TAS se faz essencial para o adequado manejo terapêutico.

1. COMO DIFERENCIAR TIMIDEZ E TAS?

A timidez e o TAS possuem determinadas características em comum que incluem sintomas cognitivos (ex: medo da avaliação negativa), sintomas somáticos (ex: tremores, rubores, sudorese) e sintomas comportamentais (evitação de situações sociais)⁴(D), porém a exata relação entre ambas as condições, ainda é incerta. Uma possibilidade seria que tais condições pudessem fazer parte de um *continuum* cujos limites seriam, em uma extremidade, a timidez muito leve e no extremo oposto o TAS e o transtorno de personalidade evitativa, representantes de uma timidez muito grave⁵(D). Outra possibilidade seria que a timidez e o TAS sejam duas condições parcialmente sobrepostas que partilham sintomas em comum, sendo a timidez um constructo mais amplo e heterogêneo do que o TAS⁶(B). De acordo com essa hipótese, tais

condições seriam entidades relacionadas, porém qualitativamente diferentes e não fariam parte de um mesmo “*continuum*”^{6(B)}.

Chavira e colaboradores (2002)^{7(B)} mostraram que um grupo “altamente tímido” de pessoas apresentava taxas significativamente mais elevadas de TAS do subtipo generalizado (36% x 4%) e de transtorno de personalidade evitativa (14% x 4%) do que o grupo “tímido”, o que corroboraria tal modelo. Porém, esse estudo verificou que não houve diferença entre os grupos no que tange ao TAS subtipo específico e que apenas metade dos “altamente tímidos” apresentavam TAS, prevalência abaixo do que seria esperado para esse grupo nesse mesmo modelo. Outro estudo^{6(B)} avaliando a relação entre timidez, TAS e outros transtornos psiquiátricos verificou que a timidez em si estava associada à psicopatologia em geral e não apenas ao TAS, e que a maioria dos indivíduos tímidos (82,3%) não apresentava TAS. Tais autores postulam que apesar da timidez estar associada à taxas mais elevadas de TAS, ambas seriam condições distintas, ou seja, não pertencentes a um modelo de *continuum*. Recentemente, um estudo^{8(B)} demonstrou que indivíduos com TAS e “altamente tímidos” apresentavam taxas mais elevadas de medos e evitações de situações sociais, pensamentos negativos, sintomas somáticos, prejuízos funcionais e de qualidade de vida do que o grupo de indivíduos apenas “altamente” tímidos, o qual por sua vez também apresentava taxas mais elevadas dessas mesmas condições em relação ao grupo que não tinha timidez. Tais achados estariam mais de acordo com o modelo do *continuum* ou espectro da timidez. Esse mesmo estudo, porém, evidenciou uma proporção substancial de indivíduos “altamente” tímidos sem TAS que não apresentavam medos de situações sociais, o que não estaria de acordo

com o modelo do *continuum*, mas sim com a hipótese de que a timidez é um constructo mais amplo e heterogêneo do que o TAS^{8(B)}.

De qualquer forma os estudos parecem convergir para o fato de que a timidez é um traço de personalidade comum e por si só não pode ser considerada como patológica, porém quando associada a preocupações intensas e a prejuízos em áreas importantes da vida do indivíduo não deve ser vista como algo normal e o diagnóstico de TAS deve ser suspeitado^{9(D)}.

Recomendação

A timidez em situações sociais que envolvam pessoas estranhas é uma ocorrência relativamente comum e não deve ser diagnosticada como TAS, a menos que a ansiedade ou a evitação tragam prejuízos clinicamente significativos ou sofrimento acentuado^{9(D)}.

2. QUAIS SÃO AS DIFERENÇAS ENTRE TAS E TRANSTORNO DE PERSONALIDADE EVITATIVO?

Embora ambos os transtornos sejam marcados por inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade a avaliações negativas, o Transtorno de Personalidade Evitativo ou Esquiva necessariamente envolve um padrão de funcionamento persistente, inflexível e de longa duração presente em uma variedade de contextos. Indivíduos com Transtorno de Personalidade Evitativo evitam atividades profissionais e escolares que envolvam contato interpessoal significativo por medo de críticas ou rejeição. Há uma relutância em envolver-se com pessoas, a menos que tenham certeza de sua estima. Eles podem apresentar um limiar

acentuadamente baixo para detecção de críticas e evitarem novas situações interpessoais, em virtude de sentimentos de inadequação e inferioridade. Estas pessoas tendem a exagerar os possíveis perigos de situações comuns, de modo que um estilo de vida limitado pode decorrer de sua necessidade de certeza e segurança¹⁰(D).

Atualmente sabe-se que há uma grande sobreposição sintomatológica entre os diagnósticos de Transtorno de Personalidade Evitativa e o TAS, subtipo generalizado, com evidências de que os dois representem apresentações clínicas de um mesmo transtorno¹¹(A). Pacientes com Transtorno de Personalidade Evitativo, entretanto apresentam maiores déficits nas habilidades sociais e maior frequência de comorbidades com transtornos de humor e ansiedade, configurando um quadro geralmente mais disfuncional do que o TAS¹²(A).

Recomendação

Diferenciar o TAS e o Transtorno de Personalidade Evitativo pela gravidade e persistência de sintomatologia clínica. O Transtorno de Personalidade Evitativo é caracterizado por um padrão de inibição social e autoavaliação negativa persistente, inflexível e dominante em uma variedade de contextos sociais¹⁰(D).

3. COMO REALIZAR O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DEPRESSÃO E TAS?

A depressão é um transtorno do humor caracterizado por humor deprimido e anedonia. Além disso, o indivíduo pode apresentar: sensação de inutilidade ou culpa excessiva; dificuldade de concentração; habilidade frequentemente diminuída para pensar; fadiga ou perda de energia; insônia ou hipersônia praticamente diárias;

problemas psicomotores; agitação ou retardo psicomotor; perda ou ganho significativo de peso; sentimentos de culpa ou desvalorização de si; ideias recorrentes de morte ou suicídio. Os sintomas devem estar presentes por pelo menos duas semanas¹⁰(D).

O TAS e depressão estão inseridos em classes de transtornos diferentes, porém algumas características presentes nos dois transtornos às vezes tornam difícil sua diferenciação. Por exemplo, o isolamento social e a esquiva de situações podem ocorrer nos dois transtornos, e o que os diferenciará é a razão subjacente pela qual isso está ocorrendo¹³(B). No TAS esta ocorrerá por medo da avaliação externa, da ineficácia social, envolvendo extrema ansiedade; já na depressão está associado ao humor deprimido e à falta de prazer em socializar-se. Além disso, a ansiedade antecipatória, presente no TAS frente às situações sociais, não é característica da depressão.

A própria falta de interações ou sofrimento causado por expor-se pode implicar no desenvolvimento de um quadro de depressão secundário, justificado pela falta de perspectivas de sucesso no âmbito social¹⁴(B). Porém foi evidenciado que mesmo quando o humor deprimido foi controlado em pacientes com TAS, o estilo de crenças negativas sobre as consequências da interação ainda se mantiveram¹⁵(A). Observa-se na prática clínica, que o paciente com TAS quer enfrentar as situações, embora com bastante sofrimento, já o deprimido, em função do quadro, não consegue ter esta vontade.

As crenças a respeito de si mesmo e autovalor também podem ser afetadas nos dois transtornos. No caso do TAS, elas estão diretamente associadas à falta de confiança em sua compe-

tência social, com sentimentos de inferioridade: a síndrome de desmoralização¹⁶(B). Na depressão, os sentimentos de autocrítica e fracasso pessoal perpassam os aspectos da vida do paciente de uma maneira geral. Uma boa maneira de se diferenciar um paciente com TAS de um com depressão é perguntar o que precede o quadro de isolamento social e o humor deprimido.

Um estudo que avaliou pensamentos e sentimentos negativos em pacientes com TAS e depressão evidenciou que os pacientes deprimidos pontuaram mais nas escalas referentes à autocrítica, embora os pacientes com TAS também obtiveram uma pontuação alta¹³(B). Outro estudo avaliou a categorização de pacientes com TAS sobre figuras ambíguas e evidenciou que este apresentava interpretações negativas sobre os cenários mesmo quando a interpretação positiva estava disponível ($p < 0,001$)¹⁷(C). É possível que o estilo de crenças dos pacientes com TAS estejam direcionadas para a superestimação de consequências negativas de interações sociais¹⁸(B).

Recomendação

É importante ao realizar o diagnóstico diferencial entre depressão e TAS identificar o que precede aqueles comportamentos e sentimentos associados, para melhor tratamento do paciente¹³(B).

4. QUAIS SÃO AS DIFERENÇAS ENTRE AS PREOCUPAÇÕES ENCONTRADAS NO TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG) E AQUELAS ENCONTRADAS NO TAS?

O TAS e o TAG são prevalentes, crônicos e disfuncionais, que muitas vezes ocorrem de forma co-mórbida¹⁹(A). Enquanto o TAS é

caracterizado pela presença do medo de ser embaraçado e humilhado em situações sociais e pela evitação destas situações, o TAG é caracterizado por preocupações excessivas sobre situações de vida corriqueiras, acompanhadas de tensão, apreensão e temor pelo pior. Além disso, os indivíduos acometidos de TAG apresentam muitas manifestações somáticas²⁰(D).

Ambas as condições têm elevados custos sociais e econômicos, possuem alta taxa de comorbidades e fatores de risco comuns, no entanto, existem várias controvérsias se estes transtornos compartilham a mesma base etiológica^{21,22}(A).

Alguns autores sugerem que as altas taxas de comorbidade encontradas entre estes transtornos indicam que a distinção entre eles é muito sutil²¹(A). Por outro lado, estudos de agregação familiar e de terapêutica descrevem duas entidades distintas^{21,22}(A). Enquanto o TAG responde a todos os antidepressivos tricíclicos e à buspirona²³(A), não há resposta satisfatória ao TAS com estas medicações²⁴(A).

Recomendação

O foco das preocupações de um paciente ansioso deve ser sistematicamente investigado, pois ele é uma característica fundamental no diagnóstico diferencial entre TAG e TAS. Embora a comorbidade entre os transtornos seja frequente, a diferenciação das entidades clínicas é de grande relevância tendo em vista as implicações terapêuticas que acarretam. No TAS, o medo de ser embaraçado e humilhado em situações sociais e no TAG, as preocupações excessivas sobre situações de vida corriqueiras, acompanhadas de tensão, apreensão e temor pelo pior²⁰(D).

5. NA OCORRÊNCIA DE ATAQUES DE PÂNICO, COMO REALIZAR O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TAS E TRANSTORNO DE PÂNICO?

O diagnóstico diferencial entre TAS e transtorno de pânico nem sempre é uma tarefa fácil, principalmente quando ataques de pânico estão presentes em virtude da situação social temida. De modo geral, comparando-se com pacientes com transtorno do pânico, os indivíduos com TAS têm início do transtorno mais precoce, uma tendência maior a não se casarem, maiores níveis de esquiva de situações sociais e de avaliação negativa do medo²⁵(B). As preocupações em errar e dúvidas sobre a ação em público são mais comuns no TAS que no transtorno de pânico com agorafobia ($p < 0,01$)²⁶(B).

Em relação aos pacientes com TAS que apresentam ataques de pânico e àqueles que não apresentam, os pacientes com TAS e ataques de pânico apresentam maior sensibilidade à ansiedade ($p < 0,001$), de forma que os sintomas de ansiedade que mais diferenciam os sujeitos com TAS com e sem ataques de pânico são àqueles relacionados a sintomas somáticos de ansiedade como: sensação de síncope ($p < 0,001$), taquicardia ($p < 0,001$) e falta de ar ($p < 0,001$)²⁷(B).

Alguns estudos evidenciam que os ataques de pânico no TAS se diferenciam por estarem mais associados a sintomas ruborização e tensão motora e os pacientes raramente tem sensação eminente de morte²⁸(B), enquanto os sintomas típicos de um ataque de ansiedade associados ao pânico são dificuldade de respiração, tontura, palpitação, visão borrada e medo de perder o controle e morrer²⁸(B).

Recomendação

Deve-se avaliar em quais contextos ocorrem os ataques de pânico para uma definição diagnóstica mais precisa. No TAS, os ataques de pânico geralmente ocorrem em situações sociais e associam-se a avaliação negativa e medo de escrutínio, enquanto no transtorno de pânico, os ataques em sua maioria são recorrentes e espontâneos¹⁰(D).

6. COMO REALIZAR O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE AGORAFOBIA E TAS?

A agorafobia refere-se à esquiva fóbica associada ao transtorno do pânico, na qual pacientes, por medo de apresentarem um ataque de pânico, caracterizado por ataque agudo de ansiedade, evitam estar em locais ou situações de onde seja difícil ou embaraçoso escapar ou obter ajuda, caso sejam acometidos por um ataque de pânico. A distinção entre o TAS e a agorafobia se torna difícil quando o paciente apresenta ataques de pânico no TAS¹⁰(D).

A exposição social pode ser tão intensa e amedrontadora, que pode resultar em ataque de pânico²⁹(B) e esquiva a situações sociais em que há chance de ser observado com estes sintomas. Na agorafobia, o medo de situações sociais ocorre secundário ao estímulo não social, como estar confinado a um espaço estreito na presença de outras pessoas. Desta forma, é comum que pacientes também comecem a desenvolver uma esquiva a situações sociais por medo de apresentarem algum mal estar ou pelo constrangimento de tê-lo¹⁰(D).

Além disso, a idade de início do TAS tende a ser mais precoce e distribuição entre os sexos é mais homogênea, enquanto na agorafobia, a

idade de início da doença é bastante variável, sendo mais rara entre crianças, e a maioria é do sexo feminino³⁰(B). A melhor maneira de se diferenciar os dois transtornos é determinar a razão do medo da situação social.

Recomendação

A partir da identificação da razão pela qual o indivíduo vem evitando certas situações é possível diagnosticá-lo corretamente e estabelecer melhores linhas de tratamento. A motivação será em função do medo social ou do medo de apresentarem um ataque de pânico²⁹(B).

7. NA OCORRÊNCIA DE UMA SITUAÇÃO EXTREMAMENTE ANSIOGÊNICA, COMO DIFERENCIAR O TAS DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO?

Em geral, a apresentação clínica e a história passada do paciente são suficientes para diferenciar os pacientes com transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) dos pacientes com TAS. Os pacientes com TEPT têm seu foco de medo na re-experimentação da situação traumática, apresentando memórias vívidas ou sonhos. Por outro lado, o medo no TAS corresponde ao medo de ser embarçado e humilhado na frente dos demais. Os indivíduos com TAS preocupam-se muito com a opinião dos outros a respeito da sua pessoa e, embora a exposição à situação temida causa ansiedade intensa e/ou até ataques de pânico, o indivíduo reconhece que seu medo é excessivo, interferindo na rotina, trabalho e vida social²⁰(D).

No entanto, às vezes essa diferenciação pode não ser tão clara, especialmente quando o evento estressor foi uma situação social. Alguns estudos sugerem que o TAS e o TEPT compartilham uma etiologia comum,

uma vez que do ponto de vista neurobiológico, vias cerebrais, como hiperatividade da amígdala e da insula foram evidenciadas nestes transtornos de ansiedade³¹(A)³²(B). Supõe-se que ambas as condições possam ser precedidas por uma alteração neurobiológica comum, possivelmente geneticamente determinada que gera um vulnerabilidade para o desenvolvimento dos transtornos de ansiedade³²(B)³³(D).

Além disso, há que se considerar os fatores de risco comuns. A presença de abuso físico e sexual na infância está associada ao TEPT na vida adulta e o abuso emocional na infância está associado ao TAS na vida adulta³⁴(B). De forma complementar, as limitações da vida social, são consideradas um preditor de TEPT em pessoas que tiveram um estresse agudo³⁴(B).

Recomendação

Embora compartilhem alguns fatores de risco e uma possível ligação neurobiológica, estes transtornos, em geral, podem ser diferenciados pela sua manifestação clínica³²(B). No TEPT, além das manifestações somáticas de ansiedade, aparecem memórias vívidas (*flashbacks*) e pesadelos. No TAS, as reações de ansiedade ocorrem frente a uma situação ou ao antecipar a situação em que o indivíduo será o foco de atenção. No TEPT, embora o medo e a vergonha também estejam presentes, o indivíduo teve uma exposição a uma situação estressante e poderá apresentar um ataque de ansiedade frente à re-exposição ou ao medo de uma possível re-exposição a essa situação estressora¹⁰(D).

8. COMO REALIZAR O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRANSTORNO DA ANSIEDADE SOCIAL E FOBIAS ESPECÍFICAS?

De acordo com o DSM-IV¹⁰(D) e o CID-10³⁵(D), a fobia específica é caracterizada por um temor excessivo e irracional, persistente que é restrito a estímulos circunscritos (objeto ou situação), ao ponto no qual o estímulo é evitado sempre que possível ou é enfrentado somente com intensa ansiedade que ocorre imediatamente com a exposição. O DSM-IV classifica as fobias específicas em cinco subtipos: (1) animais; (2) fenômenos do meio ambiente; (3) sangue-injeção-ferimento; (4) locais ou situacionais e (5) outros. Exemplos de fobias comumente observadas nas fobias específicas são altura, pequenos hospitais, injeções, lugares fechados, trovões e relâmpagos, entre outros. Em contraste, os medos do TAS envolvem situações sociais ou de desempenho – como falar, comer ou urinar em público, o que não é o caso das fobias específicas^{10,35}(D).

Recomendação

O TAS está associado ao medo que envolve situações sociais ou de desempenho, enquanto a fobia específica associa-se ao temor irracional ou excessivo a estímulos circunscritos (objeto ou situação)¹⁰(D).

9. COMO AVALIAR O MUTISMO SELETIVO EM CRIANÇAS?

O mutismo seletivo caracteriza-se por uma falha da criança em falar quando seria esperado que ela se comunicasse, que não é explicada por dificuldade do idioma ou sobre o que está sendo falado. Geralmente a recusa não ocorre em toda situação social, mas com algumas situações ou pessoas³⁶(B). É necessário duração de pelo menos um mês e interferência no desempenho social e escolar da criança³⁷(B) para que se faça o diagnóstico. Apesar de ainda não haver consenso sobre sua classificação, é considerado

por grande parte dos autores, como uma forma mais grave e precoce do TAS, ocorrendo entre os 5-11 anos e apresentando uma distribuição entre 0,8% e 1,9%³⁸(A).

Observações clínicas indicam que pais de crianças com mutismo seletivo reforçam o comportamento da criança ao apoiarem quando os filhos não respondem aos outros. Além disso, alguns estudos evidenciam que uma parte das crianças com este quadro apresenta comportamentos desafiadores e agressivos³⁹(B). Os relatos de pais caracterizam os pacientes como tímidos, evitativos socialmente e com dificuldades como o uso de banheiro⁴⁰(B).

Uma boa avaliação para mutismo seletivo é feita por intermédio de entrevistas com pessoas que têm bastante convívio com a criança e, conseqüentemente, apresentam maior chance de flagrar o fenômeno, como professores, babá e pais/familiares.

Vários estudos mostram maior gravidade de sintomas de TAS nestes pacientes quando comparados a pacientes com TAS puro, corroborando a hipótese de que o mutismo seletivo poderia surgir em função de um elevado medo social⁴¹(B).

Recomendação

É importante diferenciar o mutismo seletivo de outras dificuldades encontradas na infância, como a dificuldade de adaptação ou não familiarização com o idioma³⁶(B) para que as intervenções com a criança possam ser realmente eficazes.

10. COMO SE CARACTERIZA A TAIJIN KYOFUSHO? ESTA FOBIA DEVERIA SER CONSIDERADA UM TAS?

A *Taijin Kyofucho*, ou antropofobia, é uma fobia descrita originalmente no Japão, assemelhando-se em alguns aspectos ao TAS, sendo classificada como uma síndrome ligada à cultura segundo o DSM-IV-TR⁴²(D). Caracteriza-se por um medo intenso e persistente de que o próprio corpo, partes ou funções dele desagradem, embaracem ou ofendam outras pessoas devido a sua aparência física, odor, expressões faciais ou comportamento⁴³(B). Tais medos de que possam ser avaliados de uma forma injusta ou de que possam fazer com os outros se sintam ofendidos ou desconfortáveis, podem fazer com que esses indivíduos fiquem mais retraídos e passem a evitar situações sociais⁴³(B).

A *Taijin Kyofucho* apresenta várias similaridades com o TAS como o medo e a evitação de situações sociais e acredita-se que sejam diagnósticos pertencentes ao mesmo espectro⁴⁴(D). Enquanto o medo de situações sociais nas quais o indivíduo possa se sentir envergonhado é mais comum no Ocidente, o medo de ofender alguém é mais comum no Oriente. De qualquer forma, no TAS também pode haver preocupações quanto a ofender os outros, à presença de odores corporais ou à aparência física e da mesma forma na *Taijin Kyofucho* pode existir preocupações quanto a ficar envergonhado ou ficar ruborizado, trêmulo ou sudorético na presença de outras pessoas⁴²(D).

Recomendação

A *Taijin Kyofucho* é uma síndrome aparentada do TAS, predominantemente observada em populações orientais, que se caracteriza principalmente pelo medo de que determinados sintomas físicos ou comportamentais possam ofender outras pessoas⁴³(B).

11. COMO SE CARACTERIZA O QUADRO CLÍNICO DA SÍNDROME DE SHY BLADDER?

A síndrome de *Shy Bladder* ou paruresis caracteriza-se pelo medo ou dificuldade de urinar em banheiros públicos quando outras pessoas estão presentes ou podem entrar no banheiro, de forma que ainda permanece controverso se a *paruresis* é uma sub-categoria do TAS⁴⁵(B). Na situação ansiogênica, os indivíduos com a síndrome podem apresentar tremores (44,4%), sudorese (38%), falta de ar (34,9%), rubor (34,5%) e náuseas (17,5%). Além disso, outros prejuízos e implicações devido à síndrome são relatados como: evitar ou restringir viagens (38,1%), eventos esportivos ou festas (25,4%), convites de modo geral (36,5%) e namoro (33,5%)⁴⁶(B), porém ainda existe uma quantidade limitada de estudos sobre a síndrome de *Shy Bladder*.

Recomendação

A síndrome de *Shy Bladder* caracteriza-se pelo medo ou dificuldade de urinar em banheiros públicos quando outras pessoas estão presentes ou podem entrar no banheiro. Ainda permanece controverso se a síndrome é uma sub-categoria do TAS⁴⁵(B).

CONFLITO DE INTERESSE

Crippa JAS: Recebeu reembolso por comparecimento a congressos patrocinados pelas empresas Eli Lilly, Pfizer e Roche. Manfro G: Recebeu honorários por proferir palestra patrocinada pela Eli Lilly em 2008. Ferrari MCF: Recebeu reembolso do XXVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria patrocinado pela empresa Wyeth.

REFERÊNCIAS

1. Dilsaver SC, Qamar AB, Del Medico VJ. Secondary social phobia in patients with major depression. *Psychiatry Res* 1992;44:33-40.
2. Versiani M, Mundim FD, Nardi AE, Liebowitz MR. Tranylcypromine in social phobia. *J Clin Psychopharmacol* 1988;8:279-83.
3. Amies PL, Gelder MG, Shaw PM. Social phobia: a comparative clinical study. *Br J Psychiatry* 1983;142:174-9.
4. Turner SM, Beidel DC, Townsley RM. Social phobia: relationship to shyness. *Behav Res Ther* 1990;28:497-505.
5. Stein MB. Coming face-to-face with social phobia. *Am Fam Physician* 1999;60:2244.
6. Heiser NA, Turner SM, Beidel DC. Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behav Res Ther* 2003;41:209-21.
7. Chavira DA, Stein MB, Malcarne VL. Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. *J Anxiety Disord* 2002;16:585-98.
8. Heiser NA, Turner SM, Beidel DC, Roberson-Nay R. Differentiating social phobia from shyness. *J Anxiety Disord* 2009;23:469-76.
9. Stein MB, Stein DJ. Social anxiety disorder. *Lancet* 2008;371:1115-25.
10. Association AP, editor. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Press; 1994.
11. McGlashan TH, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, Morey LC, et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:256-64.
12. Lampe L, Slade T, Issakidis C, Andrews G. Social phobia in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being (NSMHWB). *Psychol Med* 2003;33:637-46.
13. Ducharme J, Varin F, Bevan DR, Donati F. Importance of early blood sampling on vecuronium pharmacokinetic and pharmacodynamic parameters. *Clin Pharmacokinet* 1993;24:507-18.
14. Schatzberg AF, Samson JA, Rothschild AJ, Bond TC, Regier DA. McLean Hospital depression research facility: early-onset phobic disorders and adult-onset major depression. *Br J Psychiatry Suppl* 1998:29-34.
15. Heimberg RG, Klosko JS, Dodge CS, Shadick R, Becker RE, Barlow DH. Anxiety disorders, depression, and attributional style: a further test of the specificity of depressive attributions. *Cogn Ther Res* 1989;13:21-36.
16. Spurr JM, Stopa L. Self-focused attention in social phobia and social anxiety. *Clin Psychol Rev* 2002;22:947-75.

17. Amin N, Foa EB, Coles ME. Negative interpretation bias in social phobia. *Behav Res Ther* 1998;36:945-57.
18. Foa EB, Franklin ME, Perry KJ, Herbert JD. Cognitive biases in generalized social phobia. *J Abnorm Psychol* 1996;105:433-9.
19. Ruscio AM, Brown TA, Chiu WT, Sareen J, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* 2008;38:15-28.
20. Association AP, editor. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3th ed. Washington DC: American Psychiatric Press; 1980.
21. Blair K, Shaywitz J, Smith BW, Rhodes R, Geraci M, Jones M, et al. Response to emotional expressions in generalized social phobia and generalized anxiety disorder: evidence for separate disorders. *Am J Psychiatry* 2008;165:1193-202.
22. Massion AO, Dyck IR, Shea MT, Phillips KA, Warshaw MG, Keller MB. Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:434-40.
23. Hidalgo RB, Tupler LA, Davidson JR. An effect-size analysis of pharmacologic treatments for generalized anxiety disorder. *J Psychopharmacol* 2007;21:864-72.
24. Ipser JC, Kariuki CM, Stein DJ. Pharmacotherapy for social anxiety disorder: a systematic review. *Expert Rev Neurother* 2008;8:235-57.
25. Gelernter CS, Stein MB, Tancer ME, Uhde TW. An examination of syndromal validity and diagnostic subtypes in social phobia and panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1992;53:23-7.
26. Saboonchi F, Lundh LG, Ost LG. Perfectionism and self-consciousness in social phobia and panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther* 1999;37:799-808.
27. Scott EL, Heimberg RG, Jack MS. Anxiety sensitivity in social phobia: comparison between social phobics with and without panic attacks. *Depress Anxiety* 2000;12:189-92.
28. Reich J, Yates W. Family history of psychiatric disorders in social phobia. *Compr Psychiatry* 1988;29:72-5.
29. Segui J, Salvador L, Canet J, Aragon C, Herrera C. Comorbidity of panic disorder and social phobia. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1995;23:43-7.
30. Fyer AJ, Mannuzza S, Chapman TF, Martin LY, Klein DF. Specificity in familial aggregation of phobic disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:564-73.
31. Stein MB, Simmons AN, Feinstein JS, Paulus MP. Increased amygdala and insula activation during emotion processing in anxiety-prone subjects. *Am J Psychiatry* 2007;164:318-27.

32. Etkin A, Wager TD. Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *Am J Psychiatry* 2007;164:1476-88.
33. Cammarota M, Bevilaqua LR, Vianna MR, Medina JH, Izquierdo I. The extinction of conditioned fear: structural and molecular basis and therapeutic use. *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29:80-5.
34. Gibb BE, Chelminski I, Zimmerman M. Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depress Anxiety* 2007;24:256-63.
35. Organization WH, editor. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Genebra 1993.
36. Black B, Uhde TW. Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:847-56.
37. Kumpulainen K, Rasanen E, Raaska H, Somppi V. Selective mutism among second-graders in elementary school. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1998;7:24-9.
38. Bergman RL, Piacentini J, McCracken JT. Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:938-46.
39. Steinhausen HC, Juzi C. Elective mutism: an analysis of 100 cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:606-14.
40. Ford MA, Sladeczek IE, Carlson J, Kratochwill TR. Selective mutism: Phenomenological characteristics. *Sch Psychol* 1998;13:192-227.
41. Yeganeh R, Beidel DC, Turner SM. Selective mutism: more than social anxiety? *Depress Anxiety* 2006;23:117-23.
42. Stein DJ. Social anxiety disorder in the West and in the East. *Ann Clin Psychiatry* 2009;21:109-17.
43. Kleinknecht RA, Dinnel DL, Kleinknecht EE, Hiruma N, Harada N. Cultural factors in social anxiety: a comparison of social phobia symptoms and Taijin kyofusho. *J Anxiety Disord* 1997;11:157-77.
44. Stein DJ, Ono Y, Tajima O, Muller JE. The social anxiety disorder spectrum. *J Clin Psychiatry* 2004;65 Suppl 14:27-33.
45. Hammelstein P, Soifer S. Is "shy bladder syndrome" (paruresis) correctly classified as social phobia? *J Anxiety Disord* 2006;20:296-311.
46. Vythilingum B, Stein DJ, Soifer S. Is "shy bladder syndrome" a subtype of social anxiety disorder? A survey of people with paruresis. *Depress Anxiety* 2002;16:84-7.