

**Mauro Barbosa Terra**

**FOBIA SOCIAL E ALCOOLISMO: Um Estudo da Comorbidade**

Tese apresentada à Universidade Federal  
de São Paulo – Escola Paulista de  
Medicina, para obtenção do Título de  
Doutor em Ciências

Orientador: Prof. Dr. Dartiu Xavier da  
Silveira Filho

Co-orientadora: Prof. Dra. Helena Maria  
Tannhauser Barros

São Paulo  
2005

### Descrição da ficha catalográfica

Terra, Mauro Barbosa

**Fobia social e alcoolismo:** um estudo da comorbidade / Mauro Barbosa Terra. -- São Paulo, 2005. x; 172f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Ciências.

Título em inglês: Social phobia and alcoholism: a comorbidity study.

1.Álcool. 2. Fobia Social. 3.Comorbidade. 4.Tratamento 5. Adesão. 6.Alcoólicos Anônimos.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA**

Chefe do Departamento: Prof. Dr. José Cássio do N. Pitta

Coordenador do Curso de Pós-graduação: Prof. Dr. Miguel Roberto Jorge

**Mauro Barbosa Terra**

**FOBIA SOCIAL E ALCOOLISMO: Um Estudo da Comorbidade**

Presidente da banca: Prof. Dr. Dartiu Xavier da Silveira Filho

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Bruno Mendonça Costa

Prof. Dr.

Prof. Dra. Maria Lucia O. Souza Formigoni

Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa

Aprovada em: / /

## Dedicatória

Ao meu pai, pelo exemplo de luta,  
à minha mãe, pelo apoio, e à Luciana,  
pelo companheirismo e cumplicidade

## **Agradecimentos**

Ao Professor Dartiu Xavier da Silveira Filho, orientador desta tese, pela enorme disponibilidade para orientação de minhas dúvidas e pelo apoio, nos momentos mais difíceis, durante a realização deste estudo.

À Professora Helena Maria Tannhauser Barros, co-orientadora desta tese, por ter me apoiado desde o início e ajudado para que eu encontrasse o melhor caminho para a conclusão desta jornada.

Ao Professor Miguel Roberto Jorge, Coordenador do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria da UNIFESP, que me acolheu em São Paulo, acreditando no potencial do estudo.

Ao Professor Airton Stein, Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva da FFFCMPA, que desde o projeto inicial esteve presente, proporcionando esclarecimento de muitas dúvidas e incentivo para a continuidade do trabalho.

Ao Professor Ivan Figueira, Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria da UFRJ, que incentivou a continuidade do estudo desenvolvido durante a dissertação de mestrado e, mesmo à distância, conseguiu dar um importante apoio quando solicitado.

Aos psiquiatras: Luciana Dias Athayde, Luiz Henrique Palermo e Marcelo de Souza Gonçalves; aos residentes de psiquiatria: Ledo Daruy Filho, Lucas Spanemberg e Marianne de Aguiar Possa; e aos alunos de graduação em medicina: Daniele Reimche Ott, Joana Stela Rovani, Letícia Piccoli Tergolina e Rita de Cássia Santos de Azambuja, que tiveram a disponibilidade de fazer inúmeras entrevistas nos hospitais e nas residências dos pacientes, esforço imprescindível para a realização deste estudo.

Ao Professor Bruno Mendonça Costa, Chefe do Departamento de Psiquiatria da FFFCMPA, por ter me incentivado para esta longa caminhada.

A todos os Professores do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria da UNIFESP e do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da FFFCMPA, que contribuíram para o meu aprimoramento científico.

Aos meus colegas de pós-graduação na UNIFESP, e inicialmente na FFFCMPA; em especial a Andréa Poyastro Pinheiro, uma grande companheira em muitas viagens a São Paulo.

À Zuleika Mariano, uma grande secretária e amiga, pela imensa disponibilidade.

Aos coordenadores das unidades, nos hospitais onde foi realizada a pesquisa, por terem autorizado a realização das entrevistas dentro destas instituições.

A Alan Birck, por sua orientação e análise estatística dos dados.

À Professora Rosa Maria de Oliveira Graça, pelo auxílio na redação final do texto.

A Flávio Leão da Gama pela importante ajuda na formatação e datilografia do texto.

A todos os pacientes que participaram do estudo, sem a boa vontade dos quais, esta tese não teria sido realizada.

Ao Dr. Paulo Fernando B. Soares, meu analista, pelo imenso apoio e incentivo durante este longo caminho.

À FAPESP (processo nº 04/08100-5) e a FAPERGS (processo nº 02/0071.1) pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.



## Sumário

Dedicatória.....	v
Agradecimentos.....	vi
Lista de figuras .....	xi
Lista de tabelas.....	xii
Lista de abreviaturas .....	xiv
Resumo .....	xv
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Objetivos.....	2
1.1.1. Objetivo geral.....	2
1.1.2. Objetivos Específicos.....	2
2 REVISÃO DA LITERATURA .....	4
2.1 Alcoolismo .....	4
2.2 Fobia Social .....	7
2.3 Dados Epidemiológicos.....	10
2.4 Comorbidade: Transtornos de Ansiedade e Alcoolismo.....	12
2.5 Comorbidade: Fobia Social e Alcoolismo .....	14
2.6 Relação Temporal e Causal entre os Transtornos Comórbidos.....	16
2.7 Impacto Clínico da Comorbidade .....	21
3 MÉTODOS.....	26
4 RESULTADOS .....	30
4.1 Características sócio-demográficas .....	30
4.2 Alcoolismo na família e internações anteriores.....	31
4.3 Uso de outras substâncias psicoativas .....	32
4.4 Comorbidades psiquiátricas .....	32
Relação temporal.....	35
4.5 Padrões de consumo de álcool.....	36
4.6 Adesão a tratamento .....	37
4.7 Desfechos: abstinência e recaída .....	39
4.8 Desfechos: adesão ao AA e a tratamento psicoterápico .....	44
4.9 Confiabilidade e dimensionalidade da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz ..	50
5 DISCUSSÃO.....	54
6 CONCLUSÕES.....	69

7 ANEXOS .....	71
Anexo 1 - Questionário baseado no SCID-I .....	71
Anexo 2 - Escala de Ansiedade Social de Liebowitz .....	82
Anexo 3 - Escala de Seguimento de Alcoolistas (ESA) .....	83
Anexo 4 - Escala de Seguimento de Mulheres Alcoolistas (ESA - Mulheres).....	84
Anexo 5 - Questionário sobre participação no AA .....	85
Anexo 6 - Perguntas Específicas .....	87
Anexo 7 - Teste Kappa utilizado para avaliação da concordância no uso do SCID-I ....	88
Anexo 8 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Paciente .....	90
Anexo 9 - Artigo Submetido nº1 .....	93
Anexo 10 - Artigo Submetido nº2 .....	109
Anexo 11 - Artigo Submetido nº3 .....	129
8 REFERÊNCIAS .....	140
Abstract	

## Lista de figuras

- Figura 1 - Frequências de recaída entre os dependentes de álcool fóbicos e não-fóbicos nas diferentes etapas do estudo .....36
- Figura 2 - Pontuações médias da escala ESA entre os dependentes de álcool fóbicos e não-fóbicos nas diferentes etapas do estudo .....36
- Figura 3 - Adesão a AA e a tratamento psicoterápico para os dependentes de álcool fóbicos e não-fóbicos após 3 e 6 meses de acompanhamento .....38

## Lista de tabelas

Tabela 1 - Características sócio-demográficas de uma amostra de dependentes de álcool em tratamento (N=300). .....	31
Tabela 2 - Características sócio-familiar-demográficas de pacientes alcoolistas fóbicos e não-fóbicos em tratamento (N=300) .....	32
Tabela 3 - Substâncias psicoativas usadas por dependentes de álcool em tratamento (N=300) .....	33
Tabela 4 - Frequência de transtornos de ansiedade e depressivos em dependentes de álcool em tratamento (N=300) .....	33
Tabela 5 - Transtornos psiquiátricos comórbidos entre dependentes de álcool fóbicos e não-fóbicos em tratamento (N=300) .....	34
Tabela 6 - Relação do consumo de álcool com a fobia social em dependentes de álcool em tratamento (N=300) .....	35
Tabela 7 - Gravidade da fobia social e frequência de tratamento medicamentoso em dependentes de álcool em tratamento (N=300) .....	35
Tabela 8 - Resultados comparativos para 3 e 6 meses de acompanhamento da evolução de dependentes de álcool fóbicos e não-fóbicos que aderiram ao AA.....	40
Tabela 9 - Características sócio-familiar-demográficas e evolução clínica de dependentes de álcool com e sem abstinência ao álcool após 6 meses de acompanhamento.....	41
Tabela 10 - Transtornos psiquiátricos comórbidos entre dependentes de álcool abstinentes e não-abstinentes após 6 meses de acompanhamento .....	42
Tabela 11 - Resultados aos 3 meses de seguimento de dependentes de álcool segundo abstinência ou não, após 6 meses de acompanhamento .....	43
Tabela 12 - Modelo final da regressão logística tendo recaída como desfecho.....	44

Tabela 13 - Características sócio-familiar-demográficas e evolução clínica de dependentes de álcool aderidos e não-aderidos ao AA.....	45
Tabela 14 - Transtornos psiquiátricos comórbidos entre dependentes de álcool aderentes e não-aderentes ao AA .....	46
Tabela 15 - Resultados aos 3 meses de seguimento dos que aderiram ao AA entre dependentes de álcool, segundo aderência ou não ao AA, após 6 meses de acompanhamento.....	46
Tabela 16 - Resultados aos 3 meses de seguimento de dependentes de álcool, segundo aderência ou não ao AA, após 6 meses de acompanhamento...	47
Tabela 17 - Modelo final da regressão logística tendo adesão ao AA como desfecho..	47
Tabela 18 - Características sócio-familiar-demográficas e evolução clínica de dependentes de álcool aderidos e não-aderidos a tratamento psicoterápico .....	48
Tabela 19 - Transtornos psiquiátricos comórbidos entre dependentes de álcool aderidos e não-aderidos a tratamento psicoterápico.....	49
Tabela 20 - Resultados aos 3 meses de seguimento de dependentes de álcool segundo aderência ou não-aderência a tratamento psicoterápico, após 6 meses de acompanhamento.....	49
Tabela 21 - Modelo final da regressão logística tendo tratamento psicoterápico como desfecho .....	50
Tabela 22 - Análise de Confiabilidade. Correlações de cada ítem com todos os demais da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz .....	51
Tabela 23 - Fatores resultantes da análise do principal componente da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz .....	53

## Lista de abreviaturas

AA	Alcoólicos Anônimos
APA	American Psychiatry Association
DSM-III	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 3a ed.
DSM-III-R	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 3a ed. revised
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4a ed.
ECA	Epidemiological Catchment Area
ESA	Escala de Seguimento de Alcoolistas
Gama-GT	Gama glutamil transferase
NA	Narcóticos Anônimos
NCS	National Comorbidity Survey
SCID-I	Structured Clinical Interview for DSM-IV - Axis I Disorders
SUS	Sistema Único de Saúde

## Resumo

**Objetivos:** O estudo tem por objetivo investigar a associação entre a fobia social e o alcoolismo. Visa a determinar a freqüência de transtornos de ansiedade e depressivos em uma amostra de alcoolistas, a comparar a freqüência de recaída, de adesão ao grupo de alcoólicos anônimos (AA) e a tratamento psicoterápico entre os alcoolistas fóbicos sociais e não-fóbicos, a verificar os principais fatores envolvidos com a recaída ou abstinência, com a adesão ao AA ou a tratamento psicoterápico 6 meses após um período de internação e a verificar o uso de medicação para fobia social entre alcoolistas fóbicos sociais. **Métodos:** Foi realizado um estudo de coorte, no qual 300 pacientes alcoolistas foram inicialmente entrevistados quando hospitalizados e re-entrevistados após 3 e 6 meses em suas residências. Foram utilizados os seguintes instrumentos: o SCID-I para se examinar a ocorrência de dependência de álcool, transtornos de ansiedade e depressivos; a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz para constatação da gravidade da fobia social, quando presente; as escalas ESA e ESA-mulheres adaptadas para avaliação da efetividade do tratamento para dependência do álcool e um questionário elaborado para se observar a relação dos pacientes com o AA. Na análise estatística dos dados, foram utilizados o Teste Qui-quadrado de independência, o Teste Exato de Fisher, o Teste de Mann-Whitney e a análise de variância. Foram feitas também regressões logísticas, visando ao controle de possíveis variáveis relacionadas com a não-adesão ao tratamento ou com a recaída, assim como variáveis relacionadas com a adesão a tratamento ou à abstinência. **Resultados:** A amostra apresentou predomínio de homens (91.7%) e a média de idade foi de  $41.5 \pm 8.6$  anos. Quanto à escolaridade, menor proporção de alcoolistas fóbicos estudaram até o 3º grau ( $p=0.036$ ,  $RR=0.37$ ,  $IC:0,16-0,87$ ) e apresentavam mais freqüentemente um familiar alcoolista ( $p=0.039$ ,  $RR=2.01$ ,  $IC:0,98-4,12$ ). Foram encontradas freqüências de 30.6% para fobia específica, 24.7% para fobia social, 22.2% para transtorno de ansiedade induzido pelo álcool, 19.3% para transtorno de ansiedade generalizada e de 31.3% para transtorno depressivo maior. Os alcoolistas fóbicos sociais apresentavam mais transtornos depressivos ( $p=0,001$ ;  $RR=2,01$ ;  $IC:1,37-2,96$ ), transtorno de ansiedade generalizada ( $p=0,009$ ;  $RR=1,76$ ;  $IC:1,17-2,65$ ), transtorno de ansiedade induzido por substância ( $p=0,007$ ;  $RR=1,77$ ;  $IC:1,19-2,64$ ), fobia específica ( $p=0,002$ ;  $RR=1,85$ ;  $IC:1,26-2,72$ ) e transtorno de

ansiedade de uma forma geral ( $p=0,002$ ;  $RR=2,01$ ;  $IC:1,27-3,18$ ) comparativamente aos não-fóbicos. Foi encontrada freqüência de uso de medicação para fobia social entre os alcoolistas fóbicos sociais de apenas 20.3%, não havendo relação da prescrição com a gravidade da fobia social. Não foram encontradas diferenças quanto aos índices de recaída e quanto aos escores médios da escala ESA na comparação entre alcoolistas fóbicos e não-fóbicos. Na avaliação da adesão a tratamento, também não houve diferenças entre os alcoolistas fóbicos e não-fóbicos com relação a adesão ao AA ou a tratamento psicoterápico. A adesão ao AA dos alcoolistas fóbicos foi menor do que a dos não-fóbicos, mas a diferença não era estatisticamente significativa. Foi encontrada entre os alcoolistas uma adesão ao grupo de AA menor do que a adesão para tratamento psicoterápico. Foram feitas regressões logísticas para os desfechos recaída / abstinência, adesão ao AA e a tratamento psicoterápico, após 6 meses da internação, e o modelos finais apontaram os seguintes dados: a recaída estava relacionada com ter feito tratamento anterior e com o fato de ser solteiro, enquanto que a abstinência estava associada com adesão inicial ao AA ou possivelmente a tratamento psicoterápico e com a presença de transtorno depressivo; a adesão ao AA estava relacionada com adesão inicial a tratamento psicoterápico e com maior escolaridade; a adesão ao tratamento psicoterápico estava associada com o fato do paciente ter maior escolaridade, com a presença de transtorno depressivo, com a presença de uso associado de álcool com outras drogas, com a adesão inicial ao AA e com a existência de tratamento anterior; e, finalmente, a não-adesão a tratamento psicoterápico estava associada a presença de transtorno de ansiedade induzido por substância. **Conclusões:** A freqüência de transtornos de ansiedade, em particular da fobia social, e de transtornos depressivos foi elevada entre alcoolistas. No entanto, o uso de medicação para fobia social em alcoolistas fóbicos foi infreqüente. A fobia social não pôde ser definida como um fator de risco para recaída, nem interferiu de forma importante na adesão ao AA ou a tratamento psicoterápico. A adesão ao AA dos alcoolistas fóbicos tendeu a ser menor do que a dos não-fóbicos. Aliás, a adesão ao AA foi baixa entre os alcoolistas, sendo inferior a adesão encontrada para tratamento psicoterápico. Pôde-se identificar fatores preditivos de abstinência, recaída e adesão a tratamento.



## 1 INTRODUÇÃO

A fobia social aumenta o risco para transtornos relacionados ao uso indevido de álcool. Os alcoolistas fóbicos-sociais, muitas vezes, utilizam esta droga como automedicação, ou seja, bebem para diminuir sua ansiedade social (Mullaney, Trippet, 1979; Naftolowitz et al., 1994). Dados sugerem que os transtornos fóbicos possam ser um fator contribuinte para o desenvolvimento da dependência de álcool (Kushner et al., 1999). Assim, deve-se considerar a possibilidade de comorbidade em pacientes que apresentam tanto alcoolismo como fobia social. Neste caso, quando ambos os transtornos são adequadamente identificados e tratados, haverá uma modificação no quadro fóbico do paciente, possibilitando maior adesão ao tratamento do abuso de álcool (Lépine, Pélissolo, 1998)

Pacientes hospitalizados por problemas ligados ao álcool apresentam prevalência mais elevada de transtornos de ansiedade do que aquela encontrada na população em geral. (Chignon et al., 1991; Figueira et al., 1993)

A identificação de pacientes com transtornos de ansiedade é o primeiro passo no tratamento individualizado de um paciente alcoolista (Wesner, 1990). O reconhecimento dos transtornos de ansiedade conduz à melhora da qualidade de vida destes pacientes, podendo interferir no curso do alcoolismo, uma vez que existem tratamentos farmacológicos e comportamentais específicos para estes transtornos. No entanto, em pacientes com ansiedade fóbica propensos a um comportamento aditivo, o problema de abuso de drogas freqüentemente torna-se o foco da atenção e o estado básico de ansiedade é negligenciado (Quitkin et al., 1972).

Os usuários de drogas com fobia social podem apresentar maior dificuldade para se engajar ou se beneficiar de um tratamento que requer participação ativa em grupos, como o que é freqüentemente utilizado em pacientes dependentes químicos (Myrick, Brady, 1997). Deste modo, pacientes alcoolistas com fobia social necessitariam de uma abordagem individualizada e podem não se enquadrar em tratamentos em grupo de programas para recuperação de dependência química, tais como os que abrangem participação em reuniões de alcoólicos anônimos (AA), nos quais existe uma maior exposição social.

Se a fobia social não for reconhecida e tratada, a tendência é que ocorra pior evolução, com o abandono do tratamento por parte do paciente, já que ela pode levar ao uso das drogas. Portanto, é possível que a fobia social seja uma das causas de abandono do tratamento nos grupos; ou mais ainda, que esses pacientes podem ser encaminhados para os grupos e não compareçam por medo de terem de falar em público.

Assim sendo, o principal propósito desse estudo é avaliar, em maior profundidade, a relação entre a fobia social e a dependência do álcool.

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1. Objetivo geral**

- Investigar a associação entre fobia social e alcoolismo

### **1.1.2. Objetivos Específicos**

1. Identificar a frequência de transtornos de ansiedade, em particular da fobia social, e de transtornos depressivos entre alcoolistas.
2. Avaliar o efeito do uso do álcool no quadro clínico da fobia social.
3. Determinar a relação cronológica entre fobia social e uso de álcool.
4. Verificar a frequência do uso de medicação para fobia social entre alcoolistas fóbicos sociais.
5. Avaliar o impacto da comorbidade fobia social/alcoolismo no desenvolvimento pessoal e na evolução clínica dos pacientes.
6. Verificar a frequência de recaída entre alcoolistas fóbicos sociais e não-fóbicos.
7. Determinar a frequência de adesão ao grupo de alcoólicos anônimos e a tratamento psicoterápico entre alcoolistas fóbicos-sociais e não-fóbicos.
8. Observar as diferenças existentes entre os alcoolistas fóbicos e não-fóbicos que aderiram ao AA.
9. Verificar os principais fatores envolvidos com a abstinência ou a recaída de alcoolistas após um período de internação.
10. Observar os principais fatores relacionados com a adesão ao grupo de AA ou a

tratamento psicoterápico após um período de internação.

11. Realizar estudo das propriedades psicométricas da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz, quando utilizada em uma população de alcoolistas

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Alcoolismo

O alcoolismo adquire enorme importância médica, uma vez que está relacionado a diversas doenças, suicídios, homicídios e mortes acidentais, sendo a quarta causa de morte nos Estados Unidos. O alcoolismo tem sido associado a aproximadamente 25% das mortes por suicídio e a mais de 50% dos acidentes fatais de trânsito. Levando-se em consideração que muitos alcoolistas morrem ainda jovens, mais anos de vida em potencial são perdidos devido ao alcoolismo do que em decorrência de doenças cardíacas ou câncer. Os transtornos devido ao uso do álcool são a quarta causa de incapacitação e de morte prematura em todo o mundo (McGrath et al., 2000).

A necessidade de uso diário de grandes quantidades de álcool para o desempenho adequado, um padrão regular de consumo pesado de álcool limitado aos finais-de-semana ou longos períodos de sobriedade mesclados a episódios de uso pesado de álcool, com duração de meses ou semanas, são fortemente sugestivos de dependência ou abuso de álcool. (Kaplan et al., 1997).

A dependência fisiológica de álcool é indicada por evidências de tolerância (necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado, ou acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância) ou sintomas de abstinência. Uma vez que a abstinência do álcool pode ser desagradável e intensa, os indivíduos com dependência de álcool podem continuar consumindo a substância, apesar das conseqüências adversas, para evitar ou aliviar os sintomas de abstinência. Na dependência, o álcool é freqüentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido e pode existir um desejo persistente ou esforços mal sucedidos para reduzir ou controlar o uso da substância. Quando se desenvolve um padrão de uso compulsivo, os alcoolistas podem dedicar um tempo substancial à obtenção e ao consumo de bebidas alcoólicas. O uso do álcool é continuado, apesar do conhecimento do indivíduo de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que foi causado ou exacerbado pela bebida. Além disso, as pessoas com abuso ou dependência do álcool apresentam funcionamento social ou ocupacional comprometido

em razão do seu uso na forma de: violência enquanto intoxicado, faltas ao trabalho, perda do emprego, dificuldades com a lei e discussões ou dificuldades com membros da família ou amigos em virtude do uso excessivo de álcool (APA, 1994).

Transtornos psiquiátricos comórbidos, como transtornos de ansiedade e afetivos, são comuns entre alcoolistas, sendo que, freqüentemente, levam a uma recaída mais precoce do uso do álcool. Entretanto, apesar da prevalência e dos efeitos adversos destas comorbidades, poucos estudos a respeito do tratamento, envolvendo esta população com duplo diagnóstico, têm sido conduzidos (Cornelius et al., 2003).

O tratamento para o alcoolismo pode ser feito de várias formas. Na abordagem psicoterápica, o foco específico incide sobre as situações nas quais o paciente bebe, nas forças motivadoras do beber, nos resultados esperados e nos modos alternativos de lidar com essas situações. Para a maioria dos pacientes, a reabilitação inclui dois componentes principais: 1) esforços continuados para aumentar e manter altos níveis de motivação para a abstinência e 2) um trabalho visando ajudar o paciente a reajustar-se a um estilo de vida livre do álcool (Schuckit, 1999).

Outra alternativa são os grupos de AA que são uma comunidade voluntária e de apoio fundada em 1935. Os médicos podem encaminhar os pacientes ao AA como parte de uma abordagem de tratamento múltiplo. Freqüentemente, os pacientes que de início apresentam objeções à sugestão de participarem do AA, mais tarde são muito beneficiados e se tornam participantes entusiásticos. Seus membros admitem publicamente seu alcoolismo e a abstinência é a regra básica (Schuckit, 1999). Os membros do AA associam-se a um grupo de companheiros que não estão fazendo uso do álcool, aprendem que é possível participarem de reuniões sociais sem beber e recebem um modelo de recuperação, ao observarem as conquistas de membros sóbrios do grupo (Kaplan et al., 1997).

Apesar de sua disponibilidade, o AA permanece como um dos mais controversos, menos compreendidos e menos avaliados métodos para o tratamento do alcoolismo (Morgenstern et al., 1997). Uma abstinência mais prolongada tem sido relatada entre aqueles que aderem ao AA após tratamento devido ao uso de substâncias psicoativas

(Humphreys et al, 1998; Fiorentine, 1999; Gossop et al., 2003, Humphreys, 2003) e taxas menores de recaída têm sido associadas com uma adesão mais freqüente ao AA (Caldwell, Cutter, 1998; Fiorentine, Hillhouse, 2000; Moos et al., 2001; Gossop et al., 2003). Um maior engajamento no AA tem sido preditivo de mais resultados positivos do que um comparecimento isolado (Morgenstern et al., 1997). Entretanto, os resultados positivos associados ao comparecimento ao AA freqüentemente declinam após 6 ou 12 meses de evolução (Alford, 1980; Wells et al., 1994).

Os achados favoráveis em relação ao AA podem simplesmente refletir o fato de que pacientes mais motivados e com melhor prognóstico buscariam mais o AA como meio de manutenção da abstinência (Morgenstern, 1997). Um estudo longitudinal avaliou se a afiliação ao AA aparece realmente como fator causal para os resultados positivos no tratamento do alcoolismo em uma amostra de 2319 pacientes masculinos dependentes de álcool. Foram levantadas as seguintes hipóteses: 1) maior envolvimento no AA causa menos problemas relacionados ao alcoolismo; 2) menos problemas relacionados ao alcoolismo causam maior envolvimento no AA, o qual seria uma circunstância; 3) a relação favorável entre o envolvimento no AA e os problemas do alcoolismo é uma ilusão e ambas variáveis se devem a um bom prognóstico, ou seja, à maior motivação para permanecer abstinente e à ausência de comorbidades psiquiátricas (o AA apenas seria efetivo devido à auto-seleção dos casos “mais fáceis”). Foi observado que os níveis de afiliação ao AA, um ano após o tratamento, prediziam menos problemas relacionados ao álcool no segundo ano de seguimento, enquanto que os níveis diminuídos de problemas relacionados ao álcool ao final do primeiro ano não prediziam afiliação ao AA no segundo ano de seguimento. Esses efeitos não puderam ser atribuídos à motivação ou à psicopatologia associada, nem foram relacionados a experiências prévias com o AA ou com o fato do paciente apresentar alcoolismo menos severo. Os achados foram consistentes com a hipótese de que a participação nos AA teria um efeito positivo nos resultados relacionados ao uso do álcool (McKellar et al., 2003).

Embora o AA reivindique uma taxa de sobriedade de 75% para alcoolistas fortemente aderentes no programa (Alcoholics Anonymous, 1976; Thurstin et al., 1987), outras fontes estimam que 50% dos participantes do AA abandonam o tratamento nos

primeiros três meses (Chappel, 1993) ou que apenas 25% dos pacientes encaminhados ao AA freqüentam as reuniões regularmente (Emrich, 1987).

A mera presença às reuniões pode ser um fraco indicador de compromisso entre os indivíduos que são encorajados a freqüentar as reuniões de AA. Talvez a falta de disponibilidade para utilizar-se de outros aspectos do AA possa ser responsável pelo alto percentual de abandono ou freqüência esporádica ao programa. Os indivíduos que valorizam seus sentimentos e são hábeis em dividí-los com as outras pessoas se envolvem mais freqüentemente com o AA (Caldwell, Cutter, 1998).

A avaliação dos resultados dos tratamentos para dependência de álcool é fundamental, uma vez que há várias modalidades propostas e que a população de dependentes que busca tratamento é bastante heterogênea. Entre as várias escalas criadas para este objetivo, pode-se citar a *Addiction Severity Index* (ASI), o *Leeds Dependence Questionnaire* (LDQ) e as Escalas de Seguimento de Alcoolistas (ESAs). Há um consenso implícito nesses instrumentos de que a avaliação apenas do consumo de substâncias não é um parâmetro confiável para a avaliação de tratamentos (Castel, Formigoni, 1999).

A primeira das escalas ESA a ser elaborada foi a ESA propriamente dita, cujo propósito é o seguimento de pacientes alcoolistas em tratamento. A partir da ESA foram elaboradas outras escalas, com a mesma forma, para serem utilizadas para o seguimento de outras populações de pacientes: ESA-drogas para dependentes de outras drogas que não o álcool; ESA-mulheres para mulheres dependentes de álcool, ESA-idosos para alcoolistas idosos e ESA-adolescentes para dependentes adolescentes. As ESAs tiveram a confiabilidade entre aplicadores avaliada de maneira sistemática e há dados esparsos de validade de algumas delas, como da validade de constructo da ESA e da ESA-mulheres (Castel, Formigoni, 1999).

## **2.2 Fobia Social**

O DSM-IV divide os transtornos de ansiedade em: transtorno de pânico com e sem agorafobia; agorafobia sem história de transtorno de pânico; fobia específica; fobia social; transtorno obsessivo-compulsivo; transtorno de estresse pós-traumático;

transtorno de estresse agudo; transtorno de ansiedade generalizada; transtorno de ansiedade devido a uma condição médica geral; transtorno de ansiedade induzido por substância e transtorno de ansiedade sem outra especificação (APA, 1994). Entre eles, a fobia social merece destaque por ser um transtorno psiquiátrico extremamente comum e potencialmente incapacitante (Lydiard, 2001).

Os aspectos diagnósticos característicos da fobia social são os seguintes: medo de que ações ou palavras irão provocar humilhação ou embaraço; ansiedade causada pela exposição ou por pensamentos relacionados com a situação temida, ocorrendo sintomas como palpitações, tremores, enrubescimento ou sudorese; reconhecimento do medo como excessivo ou irracional; as situações sociais e de desempenho temidas são evitadas ou suportadas com intensa ansiedade ou sofrimento; a esquiva, a antecipação ansiosa ou o sofrimento na situação social ou de desempenho temida interferem significativamente na rotina, no funcionamento ocupacional ou acadêmico, nas atividades sociais ou nos relacionamentos do indivíduo, ou, devido ao quadro clínico, existe sofrimento acentuado pela existência da fobia (APA, 1994; Lydiard, 2001).

Assim, a fobia social é definida por um medo persistente de embaraço ou de avaliação negativa, durante interação social ou desempenho em público. Atividades como encontros ou interações com estranhos, apresentações formais e aquelas que requerem um comportamento assertivo são freqüentemente temidas por indivíduos com transtorno de ansiedade social (Rapee, 1995).

O DSM-IV (APA, 1994) distingue o subtipo generalizado da fobia social do subtipo circunscrito. Pessoas com fobia social generalizada apresentam medo na grande maioria das situações sociais e de desempenho, enquanto que o tipo circunscrito está primariamente associado com um medo de desempenho distinto. A fobia social generalizada é usualmente mais persistente, mais incapacitante e está associada a um maior número de comorbidades psiquiátricas (Stein, Chavira, 1998).

A fobia social raramente ocorre em sua forma pura e tem sido estimado que 70% a 80% dos pacientes têm pelo menos uma comorbidade, principalmente com outros



transtornos de ansiedade, transtornos depressivos e abuso de substâncias, elevando significativamente o risco para estes transtornos (Schneier et al., 1992; Lecrubier, 1998), e está associada com prejuízo significativo ao funcionamento e à qualidade de vida, bem como no aumento ao risco de tentativas de suicídio (Liebowitz et al., 1985; Safren et al., 1997; Lecrubier, 1998).

O início da fobia social ocorre tipicamente antes ou durante a adolescência, quando os relacionamentos sociais interpessoais são importantes para a formação da identidade. Isto é um dos fatores que explicam porque a fobia social comumente precede outros transtornos mentais comórbidos como o abuso de álcool e outras drogas, a depressão maior e o transtorno de pânico (Brunello et al., 2000). Estes outros transtornos podem se desenvolver em resposta ao prejuízo causado pela fobia social; assim, os indivíduos fóbicos podem se tornar depressivos devido ao isolamento social ou podem começar a usar álcool para lidar com situações temidas (Lang, Stein, 2001).

O reconhecimento precoce pode prevenir a piora do funcionamento social e ocupacional e a ocorrência dos transtornos comórbidos, já que a fobia social freqüentemente inicia precocemente (Magee et al., 1996). No entanto, o transtorno de ansiedade social é particularmente difícil de ser detectado, sendo que os indivíduos afetados podem não identificar seus sintomas como um transtorno psiquiátrico tratável (Lydiard, 2001).

A fobia social, há cerca de vinte anos atrás, era um transtorno de ansiedade negligenciado na literatura médica, não sendo oficialmente classificado como um transtorno psiquiátrico até a publicação do DSM-III (APA, 1980), a despeito de seu prejuízo social e pessoal (Liebowitz et al., 1985). Atualmente, esse transtorno é alvo de muitos estudos, sendo ainda subdiagnosticado apesar de sua alta prevalência (Lecrubier, 1998; Dingemans et al., 2001; Sareen et al., 2001). Para Lépine e Pélissolo (1998), a fobia social pode ser sub-diagnosticada em pacientes com abuso de álcool ou dependência, uma vez que os sintomas fóbicos são difíceis de serem discriminados dos sintomas de abstinência do álcool. O paciente alcoolista pode não discriminar a ansiedade fóbica da ansiedade da abstinência ou acreditar que seu próprio nível de

ansiedade é anormal. Dentro deste contexto, é necessário que avaliações psicométricas da fobia social sejam desenvolvidas e empregadas.

A interposição entre transtornos psiquiátricos é um dos fatores que contribuem para a negligência por parte dos clínicos gerais e psiquiatras com relação à fobia social. Isso se observa claramente na baixa frequência de tratamento adequado para este transtorno (Liebowitz et al., 1985; Dingemans et al., 2001; Sareen et al., 2001). Em pacientes com transtornos de ansiedade associado a problemas de abuso de drogas, este último frequentemente torna-se o foco da atenção e o estado básico de ansiedade tende a ser negligenciado, não sendo o paciente adequadamente tratado. (Quitkin, 1972).

### **2.3 Dados Epidemiológicos**

Os transtornos de ansiedade estão entre os mais prevalentes problemas de saúde mental nos Estados Unidos, seguidos por dependência do álcool e depressão. No *Epidemiological Catchment Area* (ECA), estudo que envolveu cerca de 10.000 pessoas em cinco diferentes centros urbanos americanos, observou-se que aproximadamente 8,3% da população adulta dos Estados Unidos preenchia critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade nos últimos 6 meses. A prevalência estimada durante a vida para este diagnóstico, de acordo com o DSM-III, foi de 13 a 15%. Ainda neste estudo, o abuso/dependência de álcool foi considerado o segundo transtorno psiquiátrico mais comum nos Estados Unidos, com uma prevalência que oscilava entre 11 a 16% (Regier et al, 1990). Para Lépine e Pélissolo (1998), a prevalência de abuso e dependência de álcool na comunidade estende-se de 9% a 14% e a de fobia social relatada tem sido de 2% até 16%. O *National Comorbidity Survey* (NCS) relatou uma prevalência ao longo da vida de 13,3% para fobia social, de acordo com critérios do DSM-III-R (Kessler et al., 1994), e sua prevalência parece estar aumentando (Magee et al., 1996).

Dados de países do terceiro mundo são mais esparsos e usualmente não são representativos da população (Caetano, 1984). No Brasil, as estimativas de uso de álcool e problemas associados vêm principalmente de pacientes hospitalizados (Masur, Jorge, 1986). Mais recentemente, taxas de dependência de 7,6% a 9,2% foram

relatadas em Brasília, São Paulo e Porto Alegre, em um estudo que empregou o DSM-III (Almeida Filho et al., 1992)

No Estudo de Prevalência de Transtornos Mentais na região metropolitana de Porto Alegre, segmento do Estudo Multicêntrico de Morbidade Neurológica e Psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras, os três grupos de diagnósticos psiquiátricos mais freqüentes, segundo o DSM-III, foram transtornos do uso de substâncias psicoativas (24,8%), transtornos de ansiedade (23%) e transtornos afetivos (10,7%). Os transtornos do uso de álcool, em que foram englobados abuso e dependência, tiveram uma prevalência estimada de 8,8%. Quanto às diferenças por sexo, nos transtornos de uso de substâncias psicoativas, chama a atenção a diferença da prevalência entre homens e mulheres para os transtornos do uso do álcool, sendo de 19,6% e 2,7% respectivamente, com risco relativo de 7,13. Quanto aos transtornos de ansiedade, a diferença entre os sexos também foi significativa, com índices de 17,5% para os homens e de 34,6% para as mulheres, sendo o risco relativo de 1,98 (Busnello et al., 1992).

Em uma amostra populacional representativa da cidade de Porto Alegre, abrangendo 1091 pessoas, foi encontrada uma prevalência de 9,3% para dependência e de 15,5% para consumo pesado de álcool. Em um modelo de regressão logística, idade avançada, baixa renda, baixa escolaridade e raça não-caucasiana foram associadas à dependência ou ao consumo pesado de álcool (Moreira et al., 1996).

No I Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, o uso na vida de álcool nas 107 maiores cidades do país foi de 68,7%, percentual próximo aos 81% observados nos Estados Unidos. O uso do álcool foi maior para o sexo masculino, quando comparado ao sexo feminino, com um perfil diferencial de cerca de 20 pontos percentuais. Quanto à dependência do álcool, a prevalência também é bem maior entre os homens (17,1%), do que entre as mulheres (5,7%). No total, a estimativa encontrada foi de 11,2% de dependentes de bebidas alcoólicas. Em referência a esta população, existiriam, aproximadamente, 5.283.000 pessoas dependentes de álcool nas cidades brasileiras pesquisadas. A expansão estatística destes dados permite estimar que aproximadamente 12.791.000 de brasileiros entre 12

e 65 anos de idade seriam dependentes de álcool quando o estudo foi realizado. Quanto aos componentes que caracterizam a dependência, o desejo de diminuir ou de parar o uso do álcool é o mais prevalente, chegando a 14,5% (Carlini et al., 2001).

Na Região Sul, encontrou-se uso na vida de álcool de 69,4%, sendo maior para o sexo masculino do que para o feminino em todas as faixas etárias, e prevalência de 9,5% de dependência de álcool. O percentual de dependentes homens foi três vezes maior do que o de mulheres. Em referência à população estudada, seriam cerca de 419.000 alcoolistas nas 18 cidades da região com mais de 200.000 habitantes. A tentativa de parar ou de diminuir o uso do álcool chegou a 11,2%. (Carlini et al., 2001).

#### **2.4 Comorbidade: Transtornos de Ansiedade e Alcoolismo**

Comorbidade pode ser definida como a ocorrência de duas entidades diagnósticas concomitantes em um mesmo indivíduo. O abuso de substâncias é o transtorno coexistente mais freqüente entre portadores de transtornos mentais (Watkins et al., 2001).

Quando uma pessoa tem um transtorno mental, há 29% de chances de também apresentar um transtorno aditivo; no entanto, há somente 13% de chances para aqueles que não têm transtorno mental. A presença de uma doença mental mais do que duplica o risco de se desenvolver um transtorno aditivo, e a presença de um transtorno aditivo mais que quadruplica o risco de um transtorno mental. (Regier et al., 1990)

A ocorrência de transtornos ansiosos e transtornos por abuso ou dependência de álcool em um mesmo paciente, caracterizando uma comorbidade, tem sido objeto de freqüentes estudos. Os primeiros trabalhos realizados descreveram freqüência aumentada desta comorbidade em populações específicas de indivíduos em *settings* terapêuticos para tratamento de dependência química, transtornos mentais ou outras situações de atenção em saúde (Mullaney, Trippet, 1979; Stockwell et al., 1984). Ross et al. (1988) observaram que 33% de uma população de pacientes alcoolistas hospitalizados e atendidos em ambulatório preenchiem os critérios para transtorno de

ansiedade. Kushner et al. (1990) verificaram que entre alcoolistas hospitalizados, os transtornos de ansiedade ocorrem em uma taxa de 22% a 68,7%.

Mais adiante, com a realização de estudos epidemiológicos mais amplos, abrangendo tanto aqueles referidos grupos quanto amplas amostras comunitárias, observou-se que este aumento da frequência não era circunscrito àqueles meios, estendendo-se de maneira generalizada (Regier et al., 1990; Kessler et al., 1997). Em uma pesquisa australiana, na qual foram entrevistadas 10.641 pessoas, foi encontrada frequência três vezes maior de transtornos de ansiedade entre alcoolistas do que na população em geral (Burns, Teeson, 2002). Em um estudo canadense, com 8.116 indivíduos, foi observado que pessoas com abuso ou dependência de álcool ao longo da vida tinham chances duas a três vezes maior de apresentar transtornos fóbicos (Sareen et al., 2001).

As tentativas de investigar mais sistematicamente a relação entre transtorno de ansiedade e dependência/abuso de álcool forneceram taxas de prevalência muito variadas o que demonstra a fragilidade metodológica desses estudos (Figueira et al., 1993). Segundo Johannessen et al. (1989), o uso inconsistente dos critérios do DSM-III é um dos principais problemas, tornando difíceis as comparações e conclusões. Este autor sugere que estudos futuros devam empregar entrevistas clínicas semi-estruturadas para aumentar a fidedignidade dos diagnósticos e recomenda cautela na interpretação dos resultados de todos os estudos já citados devido à sua natureza retrospectiva e à ausência de grupos-controle. Para Marques (1994), a solução estaria não apenas na utilização de estudos transversais, mas também no acompanhamento prospectivo longitudinal de pacientes com transtornos de ansiedade, utilizando-se múltiplas fontes de informações. Ainda em relação a estas tentativas, Marshall (1997) enfatiza que as pesquisas que envolvem a relação entre ansiedade e abuso de substâncias são difíceis de resumir por causa de fatores que dificultam a interpretação dos dados. Entre esses fatores estão as diferentes populações investigadas (estudos clínicos x estudos epidemiológicos), pequeno número de indivíduos, uso de diferentes critérios para identificar o abuso de álcool e de outras drogas, falta de delineamento dos transtornos específicos de ansiedade e a confusão dos sintomas ansiosos com os transtornos de ansiedade.

No entanto, de uma maneira geral, vários estudos têm relatado que pacientes dependentes de substâncias psicoativas apresentam prevalência de transtornos de ansiedade mais elevada do que o esperado e que, por outro lado, pacientes com transtornos de ansiedade têm uma prevalência de abuso / dependência de álcool e de outras drogas mais alta do que o previsto. A magnitude desta associação varia conforme o tipo de transtorno de ansiedade, a substância em questão e a população-alvo (Wesner, 1990; Castel, 2004).

Desta maneira, a investigação sistemática do alcoolismo se torna fundamental na avaliação e no tratamento dos transtornos de ansiedade, assim como o reconhecimento de transtornos de ansiedade o é na avaliação e tratamento dos pacientes alcoolistas (Terra, 2000).

Apesar disto, estas comorbidades em pacientes alcoolistas são freqüentemente ignoradas, sendo o foco da atenção restrito à dependência do álcool (Quitkin et al., 1972).

## **2.5 Comorbidade: Fobia Social e Alcoolismo**

Entre os transtornos de ansiedade, a fobia social adquire especial importância por ser freqüente, incapacitante e tratável. Pacientes com fobia social freqüentemente consideram o uso de álcool útil nas situações temidas e muitos fazem uso da substância, buscando minimizar a ansiedade antecipatória. (Stockwell et al., 1984).

Variações na prevalência da comorbidade fobia social e alcoolismo têm sido relatadas em estudos clínicos e epidemiológicos. Isto pode ser atribuído a definições diferentes de fobia social, de dependência ou de abuso de álcool e, principalmente, a diferenças metodológicas, como o uso de instrumentos variados e a variações nos desenhos dos estudos (prospectivo ou retrospectivo) (Lépine, Pélissolo, 1998).

A prevalência da fobia social estimada ao longo da vida, na população em geral é de 3 a 13% (Schneier et al., 1992; Kessler et al., 1994). Em uma população de alcoolistas, entretanto, a prevalência é muito maior, variando, na maior parte das vezes, entre 16 e 25% (Mullaney, Trippet, 1979; Chambless et al., 1987; Kushner et al.,

1990; Lydiard et al., 1992). Além disso, a prevalência ao longo da vida da dependência ou abuso do álcool entre indivíduos com fobia social é estimada entre 15 e 28% (Thyer et al., 1986; Schneier et al., 1989; Regier et al., 1990; Himle, Hill, 1991; Van Ameringen et al., 1991; Davidson et al., 1993; Degonda, Angst, 1993; Page, Andrews, 1996; Magee et al., 1996), a qual pode chegar a ser duas vezes maior do que a prevalência na população geral, cerca de 14%, de acordo com resultados do NCS (Kessler et al., 1994).

Desta forma, quanto à prevalência de fobia social em populações de alcoolistas, Mullaney e Trippet (1979), ao examinarem 102 alcoolistas internados, encontraram fobia social em 24% da amostra. Estes pacientes apresentavam ansiedade incapacitante, não conseguindo enfrentar situações sociais, a não ser sob influência de medicação ou álcool. Em outro estudo, com 60 alcoolistas, foi observado que 39% sofriam de fobia social, sendo que muitos destes pacientes relataram que usavam o álcool para lidar com seus medos (Smail, 1984). Lydiard e colaboradores (1992), ao estudarem 49 dependentes de álcool, encontraram 24,4% de fóbicos sociais.

No Brasil, Lotufo Neto e Andrade (1986), ao avaliarem 35 pacientes alcoolistas, classificaram 28,5% como fóbicos sociais, segundo os critérios do DSM-III. Em um outro estudo com 97 pacientes abusadores ou dependentes de álcool, que estavam em tratamento ambulatorial, foram encontrados 22,6% de fóbicos sociais (Lotufo Neto, Gentil, 1994).

Já quanto à prevalência de alcoolismo entre fóbicos sociais, Schneier e colaboradores (1989) relataram que 16,3% de uma amostra de pacientes com fobia social apresentavam abuso de álcool conforme os critérios do DSM-III-R. Himle e Hill (1991), no estudo ECA, observaram que, entre fóbicos sociais, 27,6% eram dependentes de álcool. Davidson et al. (1993), neste mesmo estudo, encontraram prevalência de 17% para dependência de álcool e Degonda e Angst (1993) observaram prevalência de 15%. No NCS, foi relatada prevalência ao longo da vida de 23,9% para dependência de álcool e de 10,9% para abuso de álcool (Magee et al., 1996).

No contexto brasileiro, em uma amostra de 250 fóbicos sociais, com exceção dos pacientes com depressão maior, o abuso de álcool foi a comorbidade mais freqüente (Versiani et al., 1989). Em outro estudo, envolvendo uma amostra de 135 pacientes com fobia social, foi encontrado abuso ou dependência de álcool em 15,5% dos casos (Marques, 1994).

Assim, ao mesmo tempo que os pacientes com fobia social desenvolvem problemas relacionados com o álcool, tendo um risco duas vezes maior de desenvolver abuso ou dependência de álcool do que aqueles que não são fóbicos sociais, pacientes com transtorno de abuso ou dependência apresentam alta freqüência de fobia social, tendo muito mais freqüentemente este transtorno de ansiedade do que a população em geral, o que resulta em um dos quadros comórbidos de maior freqüência na clínica (Lépine, Pélissolo, 1998; Terra, 2000).

Um achado interessante é que a comorbidade com alcoolismo ou abuso de álcool é mais forte na fobia social com início precoce do que naquela com início após os 15 anos (Lecrubier, 1997). Quanto ao tipo de fobia social, os pacientes com fobia social generalizada apresentam de uma forma significativamente mais freqüente abuso de álcool do que pacientes com fobia do tipo circunscrito (Mannuzza et al., 1995)

As altas taxas de comorbidade de alcoolismo com fobia social mostram que indivíduos com este duplo diagnóstico compreendem um extrato substancial da população de alcoolistas, ainda que poucos estudos tenham comparado alcoolistas com e sem fobia social (Thomas et al., 1999). Neste estudo, os alcoolistas fóbicos referiram maior dependência pelo álcool do que os alcoolistas não-fóbicos. Sua dependência pode estar baseada, em parte, no fato de que os fóbicos sociais necessitavam mais do álcool para melhorar suas habilidades sociais e seu funcionamento.

## **2.6 Relação Temporal e Causal entre os Transtornos Comórbidos**

Pacientes com fobia social têm significativamente mais transtornos comórbidos que pacientes com outros transtornos psiquiátricos, sendo que a fobia social geralmente precede o outro transtorno associado (Schneier et al., 1989; Lépine,



Pelissolo, 1998; Dingemans et al., 2001; Lang, 2001). O abuso de substância foi descrito como uma complicação da síndrome fóbica-ansiosa. Em estudo com 102 alcoolistas internados, os transtornos fóbicos (fobia social e agorafobia) precediam o início do uso de álcool em 82% dos pacientes (Mullaney, Trippett, 1979). Em outro estudo com fóbicos sociais, o início da fobia social precedeu o começo do alcoolismo em 15 de 16 pacientes duplamente diagnosticados. A idade média para o início da fobia social foi muito mais precoce (10,4 anos) do que o início do alcoolismo (20,7 anos) (Schneier et al., 1989). No estudo ECA, foi observado, em uma amostra de 361 fóbicos sociais, que a fobia social antecedeu o abuso de álcool em 85% dos casos (Schneier et al., 1992). No Brasil, Maciel e Gentil Filho (1998) notaram que 70% dos fóbicos sociais, por eles estudados, referiram que o quadro fóbico começou antes do alcoolismo, sendo que 60% bebiam deliberadamente para suportar a fobia. Em outro estudo, realizado em Porto Alegre, em uma amostra de 41 pacientes alcoolistas, 39% apresentaram fobia social, sendo que, em todos os casos, o quadro fóbico começou antes da dependência do álcool (Terra et al., 2004).

A avaliação da ordem cronológica de aparecimento da fobia social e do alcoolismo pode auxiliar na investigação da hipótese da auto-medicação. De acordo com esta hipótese, a fobia social precederia os problemas com álcool, que seria usado para reduzir a ansiedade (Kushner et al., 1990; Swendsen et al., 1998). Um estudo apontou que aqueles que experimentaram decréscimo na ansiedade durante o tratamento relataram menor uso de álcool comparativamente àqueles que referiram um aumento da ansiedade (Sloan et al., 2003). Há evidências de que uma proporção significativa de dependentes de drogas com fobia social fazem uso da substância psicoativa, como auto-medicação, para tratar sua ansiedade (Sareen, Stein, 2000).

Existe uma convicção de que o álcool reduz a ansiedade, especialmente, a ansiedade social, o que, por si só, como crença poderia influenciar a ansiedade, como se observa em experimentos psico-sociais. Por outro lado, sintomas de ansiedade são comuns durante o período de desintoxicação e de consumo excessivo. Os efeitos do álcool nos quadros ansiosos parecem estar limitados à redução dos sintomas físicos da ansiedade. Pequenas doses parecem não ter um efeito consistente na ansiedade, mas quantidades moderadas e grandes podem, substancialmente, reduzir a ansiedade. Altas doses de álcool reduzem os sinais observáveis e objetivos da ansiedade, sem

reduzir a experiência subjetiva de ansiedade. Este efeito pode ser benéfico para pacientes ansiosos porque a redução dos batimentos cardíacos ou dos tremores pode permitir que o paciente tolere, mais facilmente, a ansiedade patológica. Outra constatação é que os homens fóbicos parecem fazer uso de álcool como auto-medicação mais comumente do que as mulheres. Em resumo, o efeito do álcool na ansiedade parece ser inconsistente e depende de diversas variáveis, incluindo dose, crenças culturais e sexo (Wesner, 1990).

A idéia de que o álcool pode diminuir a gravidade da ansiedade vem da antiguidade. Podemos citar uma prescrição de Hipócrates, que dizia: “ beber vinho em parte igual à água afasta a ansiedade e os terrores” (Kushner, 1990). Da mesma forma, Westphal fez, no final do século XIX, a perpicaz observação, de que “o uso de cerveja ou vinho permite que o paciente agorafóbico passe através de locais temidos com conforto”. Estas considerações encaminham para a hipótese, que é a mais estudada, do uso ansiolítico do álcool, como uma forma de auto-medicação, promovendo uso abusivo da substância (Westphal, 1871; Kushner, 1990).

Segundo Barros e Lotufo Neto (1995), outra observação importante é que os fóbicos sociais freqüentemente usam o álcool para enfrentar situações sociais, principalmente, antes de eventos, como festas, durante almoços de negócios e, também, em dias de eleição. No entanto, para eles, não ficou claro se este uso para enfrentar situações sociais poderia levar à dependência de álcool. Um outro estudo também concluiu que os indivíduos com fobia social usam álcool para diminuir a ansiedade, mas coloca em dúvida se o álcool realmente reduziu a ansiedade social (Carrigan, Randall, 2003).

Abrams e colaboradores (2001) avaliaram o efeito do álcool na intensidade da resposta de ansiedade em fóbicos sociais. Neste estudo, 61 indivíduos com fobia social foram divididos em três grupos e participaram de dois desafios de ter que falar em público antes e depois de consumir: álcool, tendo sido dito que estavam consumindo álcool; ou uma bebida não-álcoólica, tendo sido falado que estavam consumindo álcool (grupo placebo); ou ainda uma bebida não-álcoólica, tendo sido dito que não estavam bebendo álcool (grupo controle). Tanto o grupo que tomou álcool, como o grupo

placebo demonstraram maior redução da ansiedade da primeira para a segunda palestra do que o grupo controle. Foi observado um decréscimo na ansiedade social devido aos efeitos farmacológicos do álcool e também devido à crença de que o consumo do álcool diminuiria a ansiedade. Deste modo, o objetivo de redução dos sintomas fóbicos pode ser a motivação do uso do álcool entre indivíduos fóbicos sociais.

Por outro lado, a idéia de que transtornos relacionados ao álcool induzem transtornos ansiosos foi objeto de vários estudos. O álcool pode aumentar a resposta ao estresse e exacerbar estados de ansiedade, sugerindo que um efeito ansiolítico a curto prazo pode combinar-se com efeitos ansiogênicos a longo prazo, produzindo um círculo vicioso de espiral ascendente de uso do álcool e sintomas de ansiedade (Kushner, 1990).

Naftolowitz e colaboradores (1994) dizem que o álcool pode ser efetivo nos sintomas da fobia social e que os alcoolistas o utilizam como auto-medicação. Estes autores aventam ainda outras hipóteses: o álcool poderia exercer um efeito placebo; os alcoolistas poderiam ter problemas de ansiedade devido à abstinência ou a dificuldades sociais causadas por sua dependência; a ansiedade poderia ser usada como desculpa para beber. Nunes e colaboradores (1995) destacam como mitos as seguintes afirmações: “Todo alcoolismo é um auto-tratamento para a ansiedade” e “Toda ansiedade em pacientes com alcoolismo é causada pelo álcool”.

É importante se levar em conta ainda que a evitação das situações sociais, bem como a ansiedade ligada ao desempenho, podem decorrer da dependência de álcool. Como exemplo, um paciente, que beba até ficar embriagado na maior parte de seus compromissos sociais em que é exposto à bebida, pode aprender a evitar a participação em eventos sociais por medo de comportar-se de modo vexatório. No caso de uma pessoa com fobia social que faça uso excessivo de álcool, a evitação das situações sociais pode piorar e adquirir um caráter misto, parte pela fobia e parte pelo uso excessivo de álcool (Castel, 2004).

Outro aspecto que não deve ser esquecido é o de que pode ser atraente, para os pacientes, atribuir o consumo problemático do álcool a outra doença “fora de seu controle”, pois o consumo de álcool secundário a outras doenças parece ser menos estigmatizado (Castel, 2004)

Assim, existem várias possibilidades de relacionamento entre a fobia social e o abuso/dependência de álcool: a) a fobia social pode “causar” o abuso de álcool pela automedicação; b) a fobia social pode “causar” o abuso de álcool através de outro mecanismo, além da automedicação; nesses dois primeiros casos, a fobia social pode ser apenas um entre vários fatores causais que contribuem para o abuso do álcool; c) tanto a fobia social, quanto o abuso de álcool podem ser causados por algum terceiro fator subjacente e não terem nenhum relacionamento causal direto entre si; d) a fobia social pode aumentar a gravidade do abuso de álcool e, portanto, levar a um aumento da procura de tratamento, sem ter nenhum papel na etiologia do abuso de álcool; e) a fobia social e o abuso de álcool podem coexistir por coincidência, sem terem nenhum relacionamento; f) a fobia social pode ser um efeito tóxico do uso ou da abstinência do álcool, podendo se resolver rapidamente com o término da abstinência. Dentre essas hipóteses, a da automedicação é a que possui maior relevância clínica, sendo freqüentemente formulada para explicar o abuso de álcool na fobia social (Figueira et al., 1993).

A teoria da automedicação propõe que o portador de um quadro de ansiedade descobre, por experiência própria, que o álcool é capaz de reprimir ou reduzir os sintomas que o incomodam. Esta solução, eficiente a princípio, torna-se mal adaptativa à medida que se desenvolve tolerância e surgem os sintomas da síndrome de abstinência. Por fim, a dependência do álcool complica e potencializa a fobia social. Esta teoria recebe sustentação empírica por três tipos de achados: o fato de que o surgimento da fobia social freqüentemente antecede o da dependência ao álcool; o relato dos pacientes afirmando que passaram a beber visando conscientemente suprimir os sintomas da fobia social; e, por último, a comprovação de que o tratamento eficaz da fobia social leva ao desaparecimento da compulsão para beber. Outro aspecto a ser destacado é que os casos relatados de associação entre a fobia social e o abuso/dependência de drogas envolvem substâncias depressoras da atividade do

sistema nervoso central, como o álcool ou sedativos, que correspondem, por analogia, ao tratamento médico com benzodiazepínicos (Marques et al., 1994; Terra et al., 2004).

Para Kushner et al. (1999), estudos transversais mostram uma importante associação entre transtornos de ansiedade e transtornos relacionados ao uso indevido de álcool; entretanto, esta metodologia não permite testar modelos causais. Esses autores, tentando superar esta limitação, observaram esta relação prospectivamente. Examinaram 454 homens e mulheres estudantes, quando calouros (ano 1), e então, novamente, nos anos 4 e 7 para transtornos de ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada, agorafobia, fobia social ou pânico), diagnosticados de acordo com o DIS (*Diagnostic Interview Schedule*) e com o DSM-III e para transtornos relacionados ao uso indevido de álcool (dependência ou abuso de álcool). Encontraram que a probabilidade de se ter tanto um transtorno de ansiedade ou um transtorno devido ao uso de álcool era duas a cinco vezes maior quando a outra condição estava presente. Prospectivamente, a probabilidade de se desenvolver um novo diagnóstico de dependência de álcool no ano 7, aumentou de 3,5 a 5 vezes para aqueles diagnosticados com um transtorno de ansiedade nos anos 1 e 4. Inversamente, a probabilidade de se desenvolver um novo transtorno de ansiedade no ano 7 aumentou cerca de 4 vezes para aqueles diagnosticados com dependência de álcool nos anos 1 ou 4. Assim, concluíram que os transtornos relacionados ao uso indevido de álcool (especialmente dependência de álcool) e os transtornos de ansiedade apresentavam relacionamento causal recíproco, com os transtornos de ansiedade levando à dependência de álcool ou vice-versa.

Em outro estudo de coorte, foi estimado um risco relativo de 2,30 para indivíduos com fobia social subclínica desenvolverem abuso ou dependência de álcool em comparação com aqueles sem fobia social (Crum, Pratt, 2001).

## **2.7 Impacto Clínico da Comorbidade**

A presença de transtornos comórbidos pode alterar o prognóstico e o tratamento de uma patologia. Pacientes com diagnóstico duplo experimentam taxas aumentadas de hospitalização, de utilização de serviços de emergência, mais violência e comportamento criminoso. Além disso, necessitam também de um manejo de

problemas e de um tratamento especial no caso de abuso de substância e doença mental maior concomitante (Terra, 2000). Pacientes com um transtorno mental e com dependência de substância psicoativa concomitante apresentam quadros mais severos e mais persistentes, sendo mais resistentes a tratamento do que pacientes com um único transtorno isolado (Brady et al., 2004).

Alcoolistas que apresentam comorbidades utilizam com maior frequência os serviços de saúde (Helzer, Pryzbeck, 1998). O tratamento para o alcoolismo alcança piores resultados quando existe a presença de transtornos de ansiedade comórbidos (Schadé et al., 2003.) Assim, a presença de um transtorno psiquiátrico está entre um dos principais fatores que comprometem a eficácia do tratamento junto a farmacodependentes (Da Silveira, Jorge, 1999). Inversamente, o abuso de drogas pode provocar a reemergência ou piorar a gravidade dos transtornos mentais. O uso de drogas, também, pode mimetizar ou mascarar outros transtornos mentais (Terra, 2000).

Para o atendimento de pacientes com duplo diagnóstico, ter conhecimento dos fatos que dificultam a adaptação de certos grupos de pacientes é fundamental para que se possam tomar medidas que amenizem essas dificuldades (Kelly et al., 2003). Há uma evidência crescente de que pacientes com diagnóstico duplo de alcoolismo ou uso indevido de outras drogas e um transtorno mental apresentam diferentes necessidades de tratamento ao contrário daqueles com um diagnóstico simples (Attia, 1988).

Mais recentemente, a maior importância dada às diferentes categorias diagnósticas dos transtornos de ansiedade, com a ajuda do DSM-III e após do DSM-III-R e DSM-IV, permitiu estudar de maneira mais precisa e mais específica as relações entre os diferentes transtornos de ansiedade de um lado e as condutas aditivas de outro lado (Chignon, Lepine, 1993; Terra, 2000).

Vários autores têm tentado diferenciar sub-grupos de pacientes com transtornos de ansiedade e alcoolismo concomitantes. Quando seus estudos referem-se a subgrupos clínicos, à resposta ao tratamento e a prognóstico, a significância dessas diferenças é aumentada (Lotufo Neto e Gentil, 1994).

Quanto à fobia social, poucos investigadores têm se dedicado ao estudo da comorbidade, seja em pesquisas epidemiológicas (Schneier e cols., 1992; Davidson e cols., 1993), seja em pesquisas clínicas (Figueira e cols., 1993). Esta limitação também ocorre, sendo a comorbidade freqüentemente critério de exclusão de pacientes, em outros estudos de transtornos de ansiedade e depressão (Marques, 1994).

A presença de transtornos comórbidos pode alterar o prognóstico e o tratamento do caso. Foi observado que quando a fobia social estava associada ao abuso/dependência do álcool, o tratamento com a tranilcipromina era menos eficaz (Versiani et al., 1988). Outro estudo recente também mostrou que a fobia social piora significativamente a morbidade de um transtorno de abuso de substância comórbido e está freqüentemente associada a respostas reduzidas a tratamento (Zimmermann et al., 2004). Se indivíduos com fobia social buscam raramente ajuda para seu transtorno de ansiedade, é possível que alcoolistas com fobia social menos freqüentemente busquem tratamento para problemas com o álcool do que alcoolistas sem fobia social (Thomas et al., 1999).

George et al. (1990) ressaltam também que, freqüentemente, não é levada em consideração a interação entre o alcoolismo e os transtornos de ansiedade. Assim, o quadro de ansiedade muitas vezes é ignorado, se o alcoolismo é o foco do tratamento, sendo que a necessidade de medicação específica para o transtorno fóbico não é avaliada. Da mesma forma, o alcoolismo freqüentemente é desconsiderado se o transtorno de ansiedade é prioritariamente focalizado.

Ao se definir estratégias de tratamento para alcoolistas fóbicos sociais, surge a necessidade de se levar em conta a fobia social para se evitar um aumento nas recaídas do abuso de álcool devido à possibilidade do uso deste como auto-medicação para os sintomas de ansiedade. Apenas quando ambos os transtornos são adequadamente avaliados e tratados, o ciclo da fobia social e do abuso de álcool pode ser quebrado (Lépine, Pélioso, 1998). As taxas de recaída entre dependentes químicos com problemas de ansiedade podem ser reduzidas se os sintomas da agorafobia e fobia social forem melhor avaliados durante o tratamento (LaBounty et al., 1992). O reconhecimento precoce da fobia social e intervenções adequadas para

estes pacientes são necessários para se melhorar a resposta ao tratamento quanto à qualidade de vida e à prevenção da recaída (Zimmerman et al., 2004).

Às vezes, é difícil se incluir a fobia social no diagnóstico diferencial ao se avaliar um paciente com dependência de álcool. A utilização, na clínica diária, de anamneses semi-estruturadas que abarquem o espectro psicopatológico de maneira sistemática, pode nos proteger de nossas tendências naturais e de negligência quanto a apresentações clínicas atípicas (Marques et al., 1994). Se uma fobia não tratada ou sub-tratada predispõe ao alcoolismo, o adequado tratamento da fobia pode prevenir o alcoolismo em um subgrupo de pacientes. É importante, para a prevenção, o diagnóstico preciso da fobia social (Terra, 2000).

É necessário sensibilizar pesquisadores envolvidos no tratamento de abusadores de substâncias para que venham a se interessar pelo reconhecimento e pelo tratamento de transtornos de ansiedade em seus pacientes. A identificação de pacientes com transtornos de ansiedade é de fundamental importância para o tratamento mais adequado de um paciente alcoolista (Wesner, 1990; Terra, 2000).

Assim, devido a esta freqüente associação, todo paciente com fobia social deveria ser cuidadosamente avaliado quanto ao nível de consumo de álcool, bem como quanto à história familiar de alcoolismo, da mesma forma como todo paciente com abuso ou dependência ao álcool pode se beneficiar de uma completa avaliação quanto à presença deste transtorno de ansiedade, uma vez que a não identificação da comorbidade pode levar ao insucesso do tratamento (Terra, 2000).

Alcoolistas com fobia social podem apresentar maior dificuldade para se engajar ou se beneficiar de um tratamento que requer sua participação ativa em grupos, como os que são habitualmente utilizados em pacientes dependentes químicos, tais como os grupos de AA (Myrick, Brady, 1997). Personalidades específicas podem ser preditivas de abstinência ou engajamento em reuniões de auto-ajuda no caso de alcoolistas recentemente desintoxicados e isto pode ter um significado tanto terapêutico quanto prognóstico. Por outro lado, pessoas com personalidade introvertida são menos freqüentes em reuniões de grupo de auto-ajuda (Janowsky et al., 1999). De fato, a



fobia social, mesmo nas formas mais leves, pode impedir o paciente dependente de drogas de se beneficiar do tratamento, especialmente se atividades como terapia de grupo e reuniões de AA e de NA (Narcóticos Anônimos) estão envolvidas, diminuindo a adesão e colocando o paciente em risco para recaída (Zimmermann et al., 2004).

Acredita-se que o AA seja uma intervenção efetiva para o alcoolismo. Entretanto, apesar de sua popularidade e do impacto no tratamento do alcoolismo, relativamente poucos estudos quanto aos benefícios e à adesão ao método dos doze passos têm sido realizados (Morgenstern et al., 1997; Kownacki, Shadish, 1999; Jordan et al., 2002). Uma vez que a maior parte das pesquisas tenham sido conduzidas nos Estados Unidos, elas não podem ser generalizadas para outros contextos devido a diferenças culturais. Além disso, também é de fundamental importância a comparação da efetividade deste tipo de tratamento entre pessoas com diferentes comorbidades associadas ao alcoolismo que podem influenciar a adesão ao AA, como, por exemplo, a fobia social. Entre pacientes com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, já foi observado um comparecimento significativamente menor ao AA ou NA (Jordan et al., 2002).

### 3 MÉTODOS

Foram examinados pacientes alcoolistas internados em três hospitais, em Porto Alegre: na Clínica Pinel, em uma unidade especializada para o tratamento de dependência química, que recebe pacientes particulares e de convênios; no Centro de Dependência Química do Hospital Parque Belém (CDQUIM) que é um centro também voltado para o tratamento da dependência química, onde são atendidos pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e por convênios; e no Hospital Espírita de Porto Alegre, em unidade especializada para o tratamento de dependência química, que atende apenas pacientes pelo SUS. O período de coleta de dados foi de março de 2002 a janeiro de 2004.

Os pacientes incluídos estavam em uma faixa etária de 20 a 60 anos e deveriam preencher os critérios diagnósticos para dependência de álcool, de acordo com o SCID-I (Entrevista Clínica Semi-estruturada baseada no DSM-IV da APA-1994) (First et al., 1996). Deveriam ter sido encaminhados ao grupo de AA por seu médico, morar em Porto Alegre e ter telefone.

Os critérios de exclusão foram: ter diagnóstico de esquizofrenia ou apresentar outros transtornos psicóticos, retardo mental, estados confusionais, transtorno de personalidade anti-social, presença de cirrose descompensada ou de problema físico debilitante. Os pacientes foram excluídos a partir das informações que constavam nos prontuários ou através de avaliação psiquiátrica.

O estudo foi de seguimento, caracterizando o delineamento de coorte. Foi realizado em 3 etapas.

Na primeira etapa, quando os pacientes ainda estavam internados, foram convidados a participar do estudo, sendo explicados os objetivos da pesquisa e os procedimentos de entrevista. Foi solicitado que assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido. Os pacientes foram entrevistados pelo pesquisador ou por psiquiatras colaboradores, treinados para esta pesquisa, após estarem em abstinência há pelo menos uma semana. Foi aplicado o SCID-I em todos os pacientes, para se examinar a ocorrência de transtornos mentais do eixo I (dependência de álcool,

transtornos de ansiedade e transtorno depressivo). Foi também aplicada a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (Liebowitz, 1987) para constatação da gravidade da fobia social, quando presente, e a ESA (Escala de seguimento de alcoolistas) e ESA-mulheres (Escala de seguimento de mulheres alcoolistas) adaptadas, escalas utilizadas para avaliação da efetividade do tratamento para dependência de álcool (Andrade e cols., 1988; Hochgraf, 1995; Castel, Formigoni, 1999). Esta última, é uma escala de cinco notas, baseada em dados referentes às últimas quatro semanas, para as seguintes áreas, com diferentes pesos: consumo alcoólico (peso 5), relações familiares (peso 4), situação ocupacional (peso 3), lazer (peso 1) e componente orgânico (peso 3). As escalas ESA foram aqui utilizadas sem a coluna referente ao componente orgânico, para tornar mais viável o estudo, uma vez que a necessidade de coleta de sangue para a verificação do nível sérico de Gama-GT poderia aumentar o potencial de perdas. Foi dada uma nota global que variava entre um mínimo de 13 e um máximo de 65. Quanto menor a pontuação, maior o comprometimento pelo álcool. Os pacientes foram incluídos no estudo de forma seqüencial e o tipo de amostra utilizada foi de conveniência. (anexos 1, 2, 3, 4).

Em uma segunda etapa, 3 meses após a alta, os pacientes, foram re-entrevistados, sendo que os entrevistadores eram estudantes de curso de especialização em psiquiatria e de graduação em medicina, treinados para a aplicação dos instrumentos, mas que não sabiam quais eram os objetivos do estudo. Foi feito um contato por telefone para a marcação das entrevistas. As entrevistas foram realizadas nas residências dos pacientes, preferencialmente na ausência de familiares. Nesta etapa, foram aplicadas novamente a Escala ESA e a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz, e um questionário, que foi elaborado para se observar a relação dos pacientes com o AA (frequência de comparecimento, comportamento nos grupos). Foi considerada como adesão forte, uma frequência ao AA de duas ou mais vezes por semana; como adesão parcial, uma frequência semanal ou quinzenal; como adesão fraca, uma frequência mensal ou esporádica; e como não-adesão, o não comparecimento ao AA. Foram feitas ainda perguntas específicas sobre o uso de medicações para se constatar sua utilização entre os fóbicos sociais e sobre a participação em tratamento psicoterápico, assim como a respeito da confiança do entrevistador nas respostas do entrevistado. Foi considerada adesão a tratamento

psicoterápico uma freqüência de comparecimento a pelo menos uma consulta por mês (anexos 5 e 6).

Na 3ª etapa, que foi realizada 6 meses após o contato inicial, ocorreu o mesmo procedimento da etapa anterior.

Foram feitas avaliações periódicas a respeito da realização das entrevistas. Para avaliação da concordância na aplicação dos instrumentos, foi utilizado o teste kappa, que teve o resultado de 0,86 para o uso do SCID-I (Gordis, 1996). (anexo 7).

Considerando-se que a freqüência de fobia social entre alcoolistas é de cerca de 25% e que a não-adesão de alcoolistas não-fóbicos ao tratamento em grupos de AA é de 50% (Chappel, 1993), foi feita uma inferência de que em alcoolistas fóbicos seria de 70%, e ,deste modo, chegou-se à estimativa de um risco relativo de 1,40. Com este risco, para um intervalo de confiança de 95% e um poder de 80%, o tamanho da amostra estimado para o estudo foi de 69 fóbicos e de 207 não-fóbicos. Foi estabelecido um acréscimo de 15% para compensar possíveis perdas e não-respostas.

Na análise estatística dos dados, foi avaliada a existência de associação entre variáveis categóricas, mediante a utilização do Teste Qui-quadrado de independência ou do Teste Exato de Fisher, quando o primeiro não atendia às exigências necessárias. A análise de variância foi usada para o exame de variáveis contínuas e o Teste de Mann-Whitney para análise não-paramétrica, ou seja, quando a distribuição dos dados na amostra não era normal. Os resultados foram gerados no aplicativo estatístico SPSS *for Windows (Statistical Package for the Social Sciences)* (Norusis, 1986). O nível de significância adotado foi de  $p < 0,05$ .

Foram feitas análises de regressão logística, visando ao controle de possíveis variáveis relacionadas à não-adesão ao tratamento ou à recaída, tais como: depressão, história familiar de alcoolismo, uso de outras drogas, assim como variáveis relacionadas à adesão a tratamento ou a abstinência.

Tendo em vista que optamos por utilizar a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz, instrumento que não havia sido validado para uso em nosso meio e nem para população de alcoolistas, procedemos ao exame das propriedades psicométricas desta versão adaptada. A medida de consistência interna da escala utilizada foi o alfa de Cronbach (Cronbach, 1951). Os coeficientes de correlação entre cada ítem e os demais foram calculados para todos os ítems da escala. Os ítems cuja correlação fosse menor do que 0,15 seriam considerados pobremente correlacionados com o escore total da escala (Everitt, Dunn, 1983). Os dados foram submetidos a uma análise do componente principal. Todos os ítems de cargas fatoriais maiores ou iguais a 0,35 foram considerados na solução final da análise fatorial (Child, 1990).

O projeto foi encaminhado aos Comitês de Ética em Pesquisa da UNIFESP, da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, da Clínica Pinel e do Hospital Espírita, e também, à Comissão de Ética do CDQUIM para avaliação dos aspectos éticos, tendo sido aprovado o modelo do termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 8).

## 4 RESULTADOS

Foram entrevistados 300 pacientes na 1ª etapa, 266 pacientes na 2ª e 257 na 3ª, tendo havido 11,3% de perdas para a 2ª etapa e 14,3% para a 3ª.

### 4.1 Características sócio-demográficas

Comparando-se os pacientes perdidos com aqueles que foram acompanhados, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação à idade, sexo, estado civil, nível educacional, presença de familiar alcoolista, ocorrência e número de internações anteriores, associação de outras drogas, escore médio da escala ESA e presença de transtornos de ansiedade ou transtorno depressivo. A única diferença encontrada foi que os pacientes perdidos menos freqüentemente realizaram, ao menos, um tratamento anterior (63,3%) em relação aos pacientes que seguiram no estudo (76,7%) ( $p=0.04$ ).

A amostra apresentou predomínio de homens (91,7%). A média de idade foi de  $41,5 \pm 8.6$  anos. O subgrupo de casados ou vivendo com alguém como se fosse casado foi o maior, representando 43% da amostra. Os pacientes com o primeiro grau, completo ou incompleto, corresponderam a 53% da amostra (tabela 1).

Ainda em relação às características sócio-familiar-demográficas, não foi encontrada diferença quanto à idade, sexo e estado civil entre o grupo com e sem fobia social. As mulheres tendem a apresentar mais fobia social, mas a diferença não foi estatisticamente significante. Quanto ao nível educacional, os pacientes fóbicos estudaram menos freqüentemente até o terceiro grau ( $p=0,036$ ;  $RR=0,37$ ;  $IC:0,16:0,87$ ) (tabela2).

Para os dois grupos, os entrevistadores consideraram as respostas dadas pelos pacientes como confiáveis em mais de 80% das vezes, não havendo diferença entre os fóbicos e os não-fóbicos.

**Tabela 1 - Características sócio-demográficas de uma amostra de dependentes de álcool em tratamento (N=300).**

	n (%)	Média ± DP
Sexo		
homens	275 (91,7)	
mulheres	25 (8,3)	
Idade		41.5 ± 8.6 anos
Estado Civil		
solteiro	79 (26,3)	
casado	129 (43)	
divorc./ separ.	87 (29)	
viúvo	5 (1,7)	
Nível Educacional		
I grau incompleto	130 (43,3)	
I grau completo	29 (9,7)	
II grau incompleto	45 (15)	
II grau completo	47 (15,7)	
III grau incompleto	25 (8,3)	
III grau completo	24 (8)	

#### **4.2 Alcoolismo na família e internações anteriores**

Os pacientes alcoolistas com fobia social apresentavam mais freqüentemente um familiar alcoolista do que aqueles sem fobia social, sendo a diferença estatisticamente significativa ( $p=0,039$ ;  $RR=2,01$ ;  $IC:0.98-4.12$ ). Comparando-se a evolução do quadro de alcoolismo até o momento da internação, vemos que os pacientes fóbicos sociais e não-fóbicos não apresentaram diferença com relação a terem realizado tratamento anterior e a terem tido internações anteriores, embora os fóbicos apresentassem maior número de internações anteriores do que os não-fóbicos (tabela 2).

**Tabela 2 - Características sócio-familiar-demográficas de pacientes alcoolistas fóbicos e não-fóbicos em tratamento (N=300)**

Variáveis	Com Fobia Social (n = 74)	Sem Fobia Social (n = 226)	Total (N = 300)	RR	IC95%	p
Idade*	40,58(±8,33)	41,91(±8,71)	41,58(±8,62)			0,250
Sexo**						
Masculino	65(87,80)	210(92,90)	275(91,70)	0,65	(0,37 ; 1,15)	0,170
Feminino	9(12,20)	16(7,10)	25(8,30)	1,52	(0,87 ; 2,8)	
Estado Civil**						
Casado	33(44,60)	96(42,50)	129(43,00)	1,07	(0,71 ; 1,59)	0,750
Não-casado	41(55,40)	130(57,50)	171(57,00)	0,94	(0,63 ; 1,39)	
Nível educacional**						
Primeiro grau	43(58,10)	116(51,30)	159(53,00)	1,23	(0,82;1,84)	0,036 <sup>a</sup>
Segundo grau	26(35,10)	66(29,20)	92(30,67)	1,22	(0,81;1,84)	
Terceiro grau	5(6,80)	44(19,50)	49(16,33)	0,37	(0,16 ; 0,87)	
Familiar alcoolista**	67(90,5)	181(80,1)	248(82,7)	2,01	(0,98 ; 4,12)	0,039 <sup>a</sup>
Tratamento prévio**	55(74,30)	168(74,30)	223(74,30)	1,00	(0,86 ; 1,16)	0,998
Internação prévia**	50(64,20)	145(67,60)	195(65,00)	0,96	(0,65 ; 1,43)	0,594
Número de internações *	6,32(±7,96)	3,79(±4,1)	4,44(±5,69)			0,037 <sup>a</sup>

\* Variáveis apresentadas em forma de média (desvio-padrão)

\*\* Variáveis apresentadas em forma de frequência (percentagem)

<sup>a</sup> Diferenças estatisticamente significantes ao nível de significância de 0,05

### 4.3 Uso de outras substâncias psicoativas

Com relação ao tipo de droga utilizado, 70,4% usavam apenas álcool e 29,6% utilizavam outras drogas além do álcool. Quanto à presença ou não de outro tipo de droga utilizado juntamente com o álcool, não houve diferença entre o grupo fóbico social e o não-fóbico (tabela 3).

### 4.4 Comorbidades psiquiátricas

Foram diagnosticados transtornos de ansiedade em 59% dos entrevistados. Foram encontradas frequências de 30,6% para fobia específica, 24,7% para fobia social, 22,2% para transtorno de ansiedade induzido pelo álcool, 19,3% para transtorno de ansiedade generalizada, 5% para transtorno obsessivo-compulsivo, 4,6% para



transtorno de estresse pós-traumático, 2% para transtorno de pânico com agorafobia, 0,6% para transtorno de pânico sem agorafobia e 0,3% para agorafobia isolada. Entre os transtornos depressivos, 24% dos pacientes da amostra apresentavam transtorno depressivo maior recorrente, 7,3% apresentavam transtorno depressivo maior, episódio único, e 5,2% tinham transtorno distímico (tabela 4).

**Tabela 3 - Substâncias psicoativas usadas por dependentes de álcool em tratamento (N=300)**

Tipo de Droga	Total n%	Fóbicos n%	Não-fóbicos n%
álcool	211 (70,4)	48 (64,8)	163 (72,1)
álcool + cocaína	39 (13)	10 (13,5)	29 (12,8)
álcool + cocaína + maconha	22 (7,3)	6 (8,1)	16 (7,1)
álcool + maconha	18 (6)	7 (9,4)	11 (4,8)
álcool + benzodiazepínicos	3 (1)	0 (0)	3 (1,3)
álcool + outras drogas	7 (2,3)	3 (4,1)	4 (1,8)

**Tabela 4 - Frequência de transtornos de ansiedade e depressivos em dependentes de álcool em tratamento (N=300)**

Transtorno	n (%)
Fobia específica	92 (30,6)
Fobia social	74 (24,7)
Transtorno de ansiedade induzido pelo álcool	67 (22,2)
Transtorno de ansiedade generalizada	58 (19,3)
Transtorno obsessivo-compulsivo	15 (5)
Transtorno de estresse pós-traumático	14 (4,6)
Transtorno de pânico com agorafobia	6 (2)
Transtorno de pânico sem agorafobia	2 (0,6)
Agorafobia	1 (0,3)
Transtorno depressivo maior recorrente	72 (24)
Transtorno depressivo maior, episódio único	22 (7,3)
Transtorno distímico	16 (5,2)

Com relação a outros transtornos psiquiátricos comórbidos, podemos observar que os alcoolistas fóbicos sociais tinham mais transtornos depressivos ( $p=0,001$ ;  $RR=2,01$ ;  $IC:1,37-2,96$ ), transtorno de ansiedade generalizada ( $p=0,009$ ;  $RR=1,76$ ;  $IC:1,17-2,65$ ), transtorno de ansiedade induzido por substância ( $p=0,007$ ;  $RR=1,77$ ;  $IC:1,19-2,64$ ), fobia específica ( $p=0,002$ ;  $RR=1,85$ ;  $IC:1,26-2,72$ ) e transtorno de ansiedade de uma forma geral ( $p=0,002$ ;  $RR=2,01$ ;  $IC:1,27-3,18$ ) comparativamente aos não-fóbicos (tabela 5).

**Tabela 5 - Transtornos psiquiátricos comórbidos entre dependentes de álcool fóbicos e não-fóbicos em tratamento (N=300)**

Variáveis	Com Fobia Social (n = 74)	Sem Fobia Social (n = 226)	Total (N = 300)	RR	IC95%	p
Transtorno depressivo*	36 (48,6)	60 (26,5)	96 (32,0)	2,01	(1,37 ; 2,96)	0,001 <sup>a</sup>
Transtorno de ansiedade generalizada*	22 (29,7)	36 (15,9)	58 (19,3)	1,76	(1,17 ; 2,65)	0,009 <sup>a</sup>
Transtorno de ansiedade induzido por substância*	24 (32,4)	40 (17,7)	64 (21,3)	1,77	(1,19 ; 2,64)	0,007 <sup>a</sup>
Fobia específica*	35 (47,3)	63 (27,9)	98 (32,7)	1,85	(1,26 ; 2,72)	0,002 <sup>a</sup>
Transtornos de ansiedade em geral*	54 (73,0)	118 (52,2)	172 (57,3)	2,01	(1,27 ; 3,18)	0,002 <sup>a</sup>

\* Variável apresentada em forma de frequência(percentagem)

<sup>a</sup> Diferenças estatisticamente significantes ao nível de significância de 0,05.

Entre os fóbicos-sociais, a fobia social precedeu o transtorno relacionado ao uso do álcool em 90,5% dos pacientes. Quanto ao impacto do álcool no quadro clínico da fobia social, vemos que 87,8% dos alcoolistas fóbicos-sociais referiram melhora dos sintomas durante a intoxicação alcoólica e 55,4% referiram piora durante a fase de abstinência (tabela 6).

**Tabela 6 - Relação do consumo de álcool com a fobia social em dependentes de álcool em tratamento (N=300)**

	n (%)
<b>Relação temporal</b>	
Fobia social anterior ao uso do álcool	67 (90,5)
Fobia social posterior ao uso do álcool	7 (9,5)
<b>Na Intoxicação</b>	
Melhora da fobia social	65 (87,8)
Piora	7 (9,5)
Não - altera	2 (2,7)
<b>Na Abstinência</b>	
Melhora	0 (0)
Piora	41 (55,4)
Não - altera	33 (44,6)

Entre os alcoolistas fóbicos-sociais, 28,4% apresentavam fobia social leve, 43,2% fobia social moderada e 28,4%, a forma grave. Foi encontrada uma freqüência de uso de medicação para fobia social entre os pacientes diagnosticados de 20,3%. Quando considerado o tratamento medicamentoso em relação à intensidade da fobia social, verificou-se que 9,5% dos fóbicos da forma leve recebiam medicação, 28,1% da forma moderada e 19% da forma grave (tabela 7).

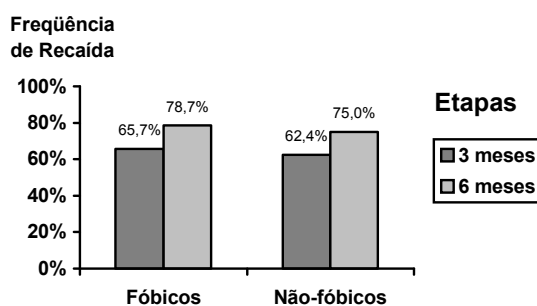
**Tabela 7 - Gravidade da fobia social e freqüência de tratamento medicamentoso em dependentes de álcool em tratamento (N=300)**

	Tipo de fobia social	Trat. Medicamentoso
	n (%)	n (%)
Leve	21 (28,4)	2/21 (9,5)
Moderada	32 (43,2)	9/32 (28,1)
Grave	21 (28,4)	4/21 (19)
Total	74 (100)	15/74 (20,3)

#### 4.5 Padrões de consumo de álcool

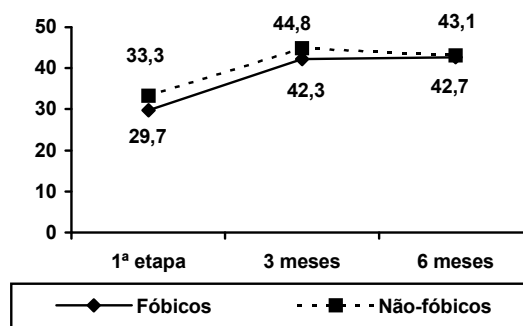
Quanto ao uso de álcool após a alta, não foi encontrada diferença significativa entre os índices de recaída para os alcoolistas fóbicos e não-fóbicos nem na 2ª nem na 3ª etapa. Como esperado, houve um aumento nas taxas de recaída dos 3 meses para os 6 meses para os dois grupos (figura 1). Em relação à escala ESA, os pacientes com fobia social obtiveram escores similares aos não-fóbicos no período de internação e durante o seguimento, com 3 e 6 meses, observou-se aumento significativo do escore médio da escala ESA para os dois grupos de pacientes ( $p < 0,001$ ) (figura 2).

**Figura 1 - Frequências de recaída entre os dependentes de álcool fóbicos e não-fóbicos nas diferentes etapas do estudo**



**Figura 2 - Pontuações médias da escala ESA entre os dependentes de álcool fóbicos e não-fóbicos nas diferentes etapas do estudo**

Escore médio da Escala ESA



Também não foi registrada diferença, entre os grupos, no que se refere à frequência do uso do álcool após a alta. Entre os fóbicos sociais, 34,3% referiram nunca mais terem bebido durante os 3 meses após a primeira entrevista, 15,7% haviam bebido de uma a dez vezes e 50% disseram terem bebido mais do que 10 vezes. Com 6 meses de seguimento, 21,3% dos fóbicos permaneciam em abstinência, 14,7% referiram haver bebido de uma a dez vezes e 64% disseram terem bebido mais do que dez vezes. Já entre os não-fóbicos, com 3 meses de acompanhamento, 37,6% estavam em abstinência, 21,3% fizeram uso de álcool de uma a dez vezes e 41,1% usaram álcool mais do que dez vezes. Para 6 meses de acompanhamento, as taxas para os não-fóbicos foram de 25%, 11,7% e 63,3% respectivamente.

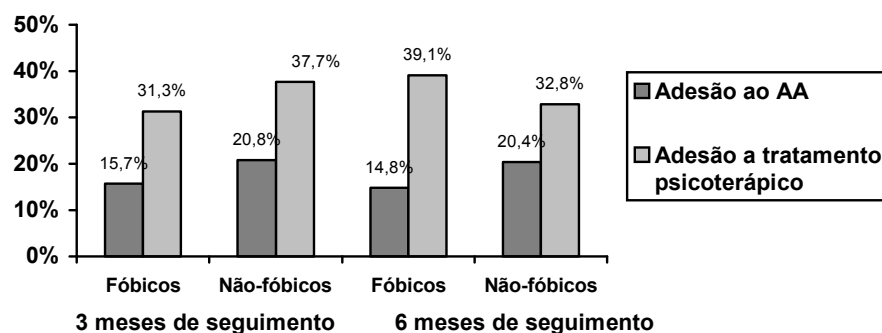
Quanto à duração do uso de álcool, também não houve diferença entre os fóbicos e não-fóbicos. Na 2ª etapa, beberam, de um dia a um mês, 17,3% dos fóbicos e 25,5% dos não-fóbicos e ,durante mais de um mês, 48,4% dos fóbicos e 36,9% dos não-fóbicos. Na 3ª etapa, 9,1% dos fóbicos e 11,3% dos não-fóbicos usaram álcool no período de um dia a um mês e 69,6% dos fóbicos e 63,7% dos não-fóbicos beberam por mais de um mês.

#### **4.6 Adesão a tratamento**

Com 3 meses de seguimento, entre os abstinentes, 35,1% não aderiram nem ao AA, nem a tratamento psicoterápico, 28,9% aderiram apenas a tratamento psicoterápico, 11,3% aderiram apenas ao AA e 24,7% aos dois tipos de tratamento. Entre os não-abstinentes, 68,6% não aderiram a nenhum dos tratamentos, 21,3% aderiram apenas a tratamento psicoterápico, 3,6% apenas ao AA e 6,5% aos dois tratamentos. Com 6 meses de evolução, entre os abstinentes, 40,3% não aderiram nem ao AA, nem a tratamento psicoterápico, 24,2% aderiram apenas a tratamento psicoterápico, 12,9% apenas ao AA e 22,6% a ambos. Entre os não-abstinentes, 66,2% não aderiram a nenhum tratamento, 19,5% aderiram somente a tratamento psicoterápico, 3,6% unicamente ao AA e 10,3% aos dois tratamentos. Aqueles que aderiram a algum tipo de tratamento ficaram mais freqüentemente em abstinência em comparação aos que não aderiram a nenhum, tanto com 3 meses (OR=4,06; IC:2,31-7,13;  $p<0,001$ ), como com 6 meses de acompanhamento (OR=2,94; IC:1,57-5,54;  $p<0,001$ ).

Na avaliação da adesão a tratamento, também não houve diferença estatisticamente significativa entre os alcoolistas fóbicos e não-fóbicos quanto à adesão ao AA ou a tratamento psicoterápico, apesar de haver uma tendência dos fóbicos sociais aderirem menos ao AA (figura 3).

**Figura 3 - Adesão a AA e a tratamento psicoterápico para os dependentes de álcool fóbicos e não-fóbicos após 3 e 6 meses de acompanhamento**



Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a gravidade da fobia social apresentada pelos pacientes e sua adesão ao AA. Quanto à Escala de Ansiedade Social de Liebowitz, não foram encontradas diferenças com significância estatística, entre os pacientes que aderiram ou não ao AA, para os escores relativos as perguntas: “ Você tem medo ou ansiedade, ou evita agir, realizar ou falar em frente a uma audiência? ” e “Você tem medo ou ansiedade, ou evita falar em uma reunião “. No entanto, os alcoolistas que aderiram ao AA apresentaram um escore médio menor na escala, indicativo de menor sintomatologia fóbica, do que aqueles que não-aderiram. Isto foi observado tanto para a 2ª etapa (25,6 e 33,1 respectivamente;  $p=0.025$ ) quanto para a 3ª etapa (24,9 e 33,1, respectivamente;  $p=0.026$ ).

Com 3 meses de evolução, 7,8% dos alcoolistas fóbicos sociais tiveram uma adesão forte, 6,3% parcial e 1,6% fraca, enquanto 9,9% dos não-fóbicos tiveram uma adesão forte, 9,4% parcial e 1,5% fraca. Com 6 meses de seguimento, foi encontrada entre os fóbicos uma adesão forte em 6,6%, parcial em 8,2% e nenhum apresentou adesão fraca, enquanto que para os não-fóbicos observou-se adesão forte em 13,3%,

parcial em 6,1% e fraca em 1% dos pacientes. A adesão ao AA é menor do que a adesão a tratamento psicoterápico para os dois grupos. A adesão ao AA se mantém estável dos 3 para os 6 meses de evolução após a alta, tanto para os fóbicos como para os não-fóbicos. Entre os alcoolistas fóbicos sociais, observou-se aumento da adesão ao tratamento psicoterápico dos 3 para os 6 meses e entre os não-fóbicos houve um decréscimo. Estas diferenças, no entanto, não atingiram significância estatística (figura 3).

Entre os alcoolistas que aderiram ao AA, na 2ª etapa, os fóbicos sociais achavam que sua freqüência de ida aos grupos era menos adequada ( $p=0,009$ ), faziam uso menos freqüentemente da cabeceira de mesa, ou seja, o ato do alcoolista expôr seus sentimentos diante dos demais durante a reunião do grupo de AA ( $p=0,001$ ) e tinham mais vergonha de ir ao AA ( $p=0,04$ ). Não houve diferença estatisticamente significativa para outras variáveis tais como freqüência de ida ao AA e sentimento ao participar do AA, embora os fóbicos tenham referido sentir-se menos integrados ao grupo do que os não-fóbicos. Na 3ª etapa, os fóbicos sociais fizeram uso menos freqüente da cabeceira de mesa ( $p=0,005$ ), achavam que sua freqüência de comparecimento era menos adequada ( $p=0,040$ ) e sentiam-se menos freqüentemente integrados ao grupo ( $p=0,023$ ), comparativamente aos não-fóbicos. Não houve diferença estatisticamente significativa para outras variáveis tais como freqüência de ida ao AA e vergonha de ir ao AA (tabela 8).

#### **4.7 Desfechos: abstinência e recaída**

Tomando-se como desfecho a abstinência ou recaída, após 6 meses de acompanhamento depois da internação, ao comparar-se os pacientes abstinentes com os não-abstinentes, foram definidas como variáveis com diferenças estatisticamente significativas: a idade ( $p=0,007$ ), o estado civil ( $p=0,035$ ), a ocorrência de tratamento anterior ( $p=0,006$ ) ou de internações anteriores ( $p=0,021$ ), a presença de transtorno depressivo ( $p=0,043$ ), a adesão ao AA ( $p<0,001$ ) ou a tratamento psicoterápico ( $p=0,003$ ) e o escore médio da escala ESA após 3 meses ( $p<0,001$ ). Outras variáveis não apresentaram diferenças estatisticamente significativas na comparação entre os dois grupos: sexo, nível educacional, escore médio da escala ESA no momento da internação, presença de familiar alcoolista, uso de outras drogas, presença de

transtornos de ansiedade como transtorno de ansiedade generalizada, fobia específica, fobia social ou transtorno de ansiedade induzido por substâncias (tabelas 9, 10 e 11).

**Tabela 8 - Resultados comparativos para 3 e 6 meses de acompanhamento da evolução de dependentes de álcool fóbicos e não-fóbicos que aderiram ao AA**

Variáveis	2ª Etapa (3 meses)		p	3ª Etapa (6 meses)		p
	Com Fobia Social (n = 10)	Sem Fobia Social (n = 42)		Com Fobia Social (n = 8)	Sem Fobia Social (n = 40)	
Freqüência de ida ao AA*						
Duas ou mais vezes por semana	5 (50,00)	20 (47,60)		3 (37,50)	25 (62,50)	
Semanalmente	2 (20,00)	14 (33,33)		3 (37,50)	7 (17,50)	
Quinzenalmente	2 (20,00)	5 (11,90)		2 (25,00)	5 (12,50)	
Mensalmente	0 (0,00)	1 (2,40)		0 (0,00)	3 (7,50)	
Menos do que uma vez por mês	1 (10,00)	2 (4,80)	-	0 (0,00)	0 (0,00)	-
Acha freqüência adequada*	3 (30,00)	31 (73,80)	0,009 <sup>a</sup>	2 (25,00)	28 (70,00)	0,040 <sup>a</sup>
Sentimento ao participar do AA*						
Bem, integrado ao grupo	6 (60,00)	34 (81,00)		4 (50,0)	30 (75,00)	
Regular, parcialmente integrado ao grupo	4 (40,00)	8 (19,00)		1 (12,50)	8 (20,00)	
Mal, desintegrado do grupo	0 (0,00)	0 (0,00)	0,212	3 (37,50)	2 (5,00)	0,023 <sup>a</sup>
Sai melhor da reunião do AA*	10 (100,00)	39 (92,90)	1,000	5 (62,50)	35 (89,70)	0,084
Sente-se membro do grupo*	7 (70,00)	38 (90,50)	0,120	5 (62,50)	32 (80,00)	0,361
Interessa-se com a vida dos companheiros*	8 (80,00)	39 (92,90)	0,242	6 (75,00)	31 (77,50)	1,000
Utiliza os passos do AA*	8 (80,00)	39 (92,90)	0,242	5 (62,50)	32 (80,00)	0,361
Faz uso da cabeceira de mesa*	1 (10,00)	28 (66,67)	0,003 <sup>a</sup>	2 (25,00)	32 (80,00)	0,005 <sup>a</sup>
Vergonha de ir ao AA*	3 (30,00)	2 (4,80)	0,043 <sup>a</sup>	1 (12,50)	0 (0,00)	0,160

\* Variáveis apresentadas em forma de freqüência (percentagem)

- Impossibilidade de realização do teste adequado.

<sup>a</sup> Diferenças estatisticamente significantes ao nível de significância de 0,05.



**Tabela 9 - Características sócio-familiar-demográficas e evolução clínica de dependentes de álcool com e sem abstinência ao álcool após 6 meses de acompanhamento**

Variáveis	Abstinente (n = 62)	Não-Abstinente (n = 195)	Total (N = 257)	p
Idade*	44,18 (±7,82)	40,98 (±8,19)		0,007 <sup>a 2</sup>
Sexo**				
Masculino	56 (90,3)	179 (91,8)	235 (91,4)	
Feminino	6 (9,7)	16 (8,2)	22 (8,6)	0,920 <sup>1</sup>
Estado civil**				
Solteiro	9 (14,5)	61 (31,3)	70 (27,2)	
Casado	31 (50,0)	80 (41,0)	111 (43,2)	
Separado	22 (35,5)	54 (27,7)	76 (29,6)	0,035 <sup>a 1</sup>
Nível educacional**				
Primeiro grau	28 (45,2)	103 (52,8)	131 (51,0)	
Segundo grau	21 (33,9)	61 (31,3)	82 (31,9)	
Terceiro grau	13 (21,0)	31 (15,9)	44 (17,1)	0,510 <sup>1</sup>
Tratamento anterior**	39 (62,9)	158 (81,0)	197 (76,7)	0,006 <sup>a 3</sup>
Internações anteriores**	33 (53,2)	137 (70,3)	170 (66,1)	0,021 <sup>a 3</sup>
Número de internações*	3,18 (±2,69)	4,32 (±5,86)	4,10 (±5,40)	0,207 <sup>4</sup>
1	11 (33,3)	49 (35,8)	60 (35,3)	
De 2 a 3	12 (36,4)	42 (30,7)	54 (31,8)	
De 4 a 5	4 (12,1)	17 (12,4)	21 (12,4)	
De 6 a 10	5 (15,2)	16 (11,7)	21 (12,4)	
De 11 a 15	1 (3,6)	5 (3,0)	6 (3,5)	
Acima de 16	0 (0,0)	8 (5,8)	8 (4,7)	
ESA (inicial)*	34,02 (±9,01)	32,39 (±9,34)		0,230 <sup>2</sup>
Familiar alcoolista**	48 (77,4)	165 (84,6)	213 (82,9)	0,264 <sup>3</sup>
Associação de drogas**				
Apenas álcool	46 (74,2)	137 (70,3)	183 (71,2)	
Álcool e cocaína	6 (9,7)	27 (13,8)	33 (12,8)	
Álcool, cocaína e maconha	5 (8,1)	13 (6,7)	18 (7,0)	
Álcool e maconha	3 (4,8)	12 (6,2)	15 (5,8)	
Álcool e benzodiazepínicos	1 (1,6)	2 (1,0)	3 (1,2)	
Outras drogas	1 (1,6)	4 (2,1)	5 (1,9)	-

\* Variáveis apresentadas em forma de média(desvio-padrão)

\*\* Variável apresentada em forma de freqüência(percentagem)

<sup>a</sup> Diferenças estatisticamente significantes as nível de significância de 0,05.

<sup>1</sup> Teste Qui-Quadrado de Pearson

<sup>2</sup> Teste Mann-Whitney

<sup>3</sup> Teste Qui-Quadrado com correção de continuidade

<sup>4</sup> Teste t

- Impossibilidade de realização do teste adequado.

**Tabela 10 - Transtornos psiquiátricos comórbidos entre dependentes de álcool abstinentes e não-abstinentes após 6 meses de acompanhamento**

Variáveis	Abstinentes (n = 62)	Não-Abstinentes (n = 195)	Total (N = 257)	p
Transtorno depressivo*	27 (43,5)	56 (28,7)	83 (32,3)	0,043 <sup>a1</sup>
Transtorno de ansiedade generalizada*	7 (11,3)	41 (21,0)	48 (18,7)	0,127 <sup>1</sup>
Transtorno de ansiedade induzido por substância*	10 (16,1)	45 (23,1)	55 (21,4)	0,325 <sup>1</sup>
Fobia específica*	22 (35,5)	65 (33,3)	87 (33,9)	0,875 <sup>1</sup>
Fobia social*	13 (21,0)	48 (24,6)	61 (23,7)	0,677 <sup>1</sup>
Transtorno de ansiedade em geral*	33 (53,2)	116 (59,5)	149 (58)	0,470 <sup>1</sup>

\* Variável apresentada em forma de frequência(percentagem)

<sup>a</sup> Diferenças estatisticamente significantes ao nível de significância de 0,05.

<sup>1</sup> Teste Qui-Quadrado com correção de continuidade.

**Tabela 11 - Resultados aos 3 meses de seguimento de dependentes de álcool segundo abstinência ou não, após 6 meses de acompanhamento**

Variáveis	Abstinente	Não-abstinente	Total	p
Uso de álcool após a alta**	0(0,0)	152(82,1)	152(63,3)	0,000 <sup>a1</sup>
Frequência do uso do álcool**				
Nunca	61(98,4)	31(16,1)	92(35,8)	
Uma vez	0(0,0)	20(10,9)	20(8,2)	
Duas a cinco vezes	0(0,0)	26(14,1)	26(10,6)	
Seis a dez vezes	0(0,0)	6(3,3)	6(2,4)	
Mais do que dez vezes	0(0,0)	101(54,9)	101(39,3)	-
Duração do uso do álcool**				
Nunca	61(98,4)	31(16,8)	92(35,8)	
Um dia	0(0,0)	21(11,4)	21(8,5)	
De dois dias a uma semana	0(0,0)	15(8,2)	15(5,8)	
De uma a duas semanas	0(0,0)	11(6,0)	11(4,5)	
De duas semanas a um mês	0(0,0)	11(6,0)	11(4,5)	
Mais de um mês	0(0,0)	95(51,6)	95(37,0)	-
Abandono do AA por beber**	0(0,0)	28(15,6)	28(11,7)	0,002 <sup>a1</sup>
Relação com o AA**				
Aderência forte	12(19,7)	12(6,5)	24(9,8)	
Aderência parcial	11(18,0)	12(6,5)	23(9,4)	
Aderência fraca	0(0,0)	3(1,6)	3(1,2)	
Não-aderência	38(62,3)	157(85,3)	195(79,6)	-
Adesão ao AA**	23(37,7)	27(14,7)	50(20,4)	0,000 <sup>a1</sup>
Adesão a tratamento psicoterápico**	33(54,1)	59(32,1)	92(37,6)	0,003 <sup>a1</sup>
Respostas confiáveis**	59(96,7)	148(80,4)	207(84,5)	0,004 <sup>a1</sup>
ESA *	40,94(±13,41)	55,06(±9,13)		0,000 <sup>a 2</sup>

\* Variáveis apresentadas em forma de média(desvio-padrão)

\*\* Variável apresentada em forma de frequência(percentagem)

- Impossibilidade de realização do teste adequado.

<sup>a</sup> Diferenças estatisticamente significantes ao nível de significância de 0,05.

<sup>1</sup> Teste Qui-Quadrado com correção de continuidade

<sup>2</sup> Teste Mann-Whitney

Foi feita uma regressão logística para o desfecho recaída 6 meses após a internação e o modelo final apontou a razão de chances de cada variável independente, ou seja, a contribuição individual de cada variável individual no contexto para o desfecho recaída. Assim, chegou-se a: tratamento anterior (OR=3,65) e estado civil solteiro (OR=2,39), que mostraram-se relacionados com a recaída; adesão a tratamento psicoterápico (OR=0,52), presença de transtorno depressivo (OR=0,46) e

adesão ao AA (OR=0,31), que mostraram-se relacionados com a abstinência (tabela 12).

**Tabela 12 - Modelo final da regressão logística tendo recaída como desfecho**

	p	OR	IC 95% para OR	
			Inferior	Superior
Estado civil solteiro	0,035	2,399	1,061	5,424
Transtorno depressivo	0,028	0,464	0,234	0,920
Tratamento anterior	0,000	3,652	1,777	7,508
Aderencia ao AA	0,002	0,316	0,150	0,664
Aderência a tratatamento psicoterapico	0,066	0,524	0,263	1,044
Constante	0,017	2,243		

#### 4.8 Desfechos: adesão ao AA e a tratamento psicoterápico

Tendo-se como desfecho a adesão ao AA após 6 meses de acompanhamento, ao comparar-se os pacientes aderentes com os não-aderentes, foram definidas como variáveis com diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos: o nível educacional ( $p=0,001$ ), o uso de álcool depois da alta após 3 meses de acompanhamento ( $p=0,008$ ), a adesão a tratamento psicoterápico após 3 meses de acompanhamento ( $p=0,0001$ ), e o escore médio da escala ESA após 3 meses de acompanhamento ( $p=0,009$ ). Outras variáveis como sexo, estado civil, tratamento ou internações anteriores, uso de outras drogas, comorbidades com transtornos de ansiedade ou depressão não apresentaram diferenças com significância estatística (tabelas 13, 14, 15 e 16).

Foi realizada uma regressão logística para o desfecho "adesão ao AA após 6 meses de acompanhamento" e o modelo final apontou razões de chances de 2,80 para adesão a tratamento psicoterápico após 3 meses de acompanhamento e de 2,19 para o fato do paciente ter 2º ou 3º grau (tabela 17).

Tomando-se, como desfecho, a adesão a tratamento psicoterápico após 6 meses de acompanhamento, ao comparar-se os pacientes aderentes com os não-aderentes, foram definidas como variáveis com diferenças estatisticamente significativas ou quase significativas entre os dois grupos: o sexo ( $p=0,057$ ), o nível educacional ( $p<0,001$ ), a existência de tratamento anterior ( $p=0,003$ ), a associação de álcool com outras drogas

( $p=0,065$ ), a presença de transtorno depressivo ( $p=0,001$ ) ou de transtorno de ansiedade induzido por substância ( $p=0,078$ ), o escore médio da escala ESA na 2ª etapa ( $p=0,002$ ) e a adesão ao AA na 2ª etapa ( $p=0,023$ ). Outras variáveis como estado civil, presença de familiar alcoolista, outros transtornos de ansiedade ou uso de álcool após a alta não apresentaram diferenças com significância estatística entre os dois grupos (tabelas 18, 19 e 20).

**Tabela 13 - Características sócio-familiar-demográficas e evolução clínica de dependentes de álcool aderidos e não-aderidos ao AA**

Variáveis	Aderência em 3 meses		p	Aderência em 6 meses		p
	Não (n = 214)	Sim (n = 52)		Não (n = 208)	Sim (n = 49)	
Idade*	41,54 ( $\pm 8,54$ )	42,09 ( $\pm 8,18$ )	0,670	41,34 ( $\pm 8,02$ )	43,49 ( $\pm 8,81$ )	0,100
Sexo**						
Masculino	193 (90,2)	50 (96,2)		191 (91,8)	44 (89,8)	
Feminino	21 (9,8)	2 (3,8)	0,269	17 (8,2)	5 (10,2)	0,581
Estado civil**						
Solteiro	60 (28,0)	13 (25,0)		58 (27,9)	12 (24,5)	
Casado	85 (39,7)	29 (55,8)		88 (42,3)	23 (46,9)	
Separado	69 (32,2)	10 (19,2)	0,080	62 (29,8)	14 (28,6)	0,825
Nível educacional**						
Primeiro grau	115 (53,7)	21 (40,4)		116 (55,8)	15 (30,6)	
Segundo grau	65 (30,4)	17 (32,7)		64 (30,8)	18 (36,7)	
Terceiro grau	34 (15,9)	14 (26,9)	0,113	28 (13,4)	16 (32,7)	0,001 <sup>a</sup>
Tratamento Anterior**	160 (74,8)	40 (76,9)	1,000	159 (76,4)	38 (77,6)	0,859
Internação Anterior**	143 (66,8)	30 (57,7)	0,257	139 (66,8)	31 (63,3)	0,620
Número de internações*	4,37 ( $\pm 5,74$ )	3,83 ( $\pm 4,00$ )	0,626	3,81 ( $\pm 5,20$ )	5,45 ( $\pm 6,16$ )	0,126
1	47 (32,9)	9 (30,0)		53 (38,1)	7 (22,6)	
De 2 a 3	44 (30,8)	12 (40,0)		44 (31,7)	10 (32,3)	
De 4 a 5	21 (14,7)	2 (6,7)		19 (13,7)	2 (6,5)	
De 6 a 10	18 (12,6)	4 (13,3)		14 (10,1)	7 (22,6)	
De 11 a 15	5 (3,5)	3 (10,0)		3 (2,2)	3 (9,6)	
Acima de 16	8 (5,5)	0 (0,0)		6 (4,2)	2 (6,5)	
ESA (inicial)*	32,46 ( $\pm 9,60$ )	33,65 ( $\pm 8,15$ )	0,408	32,68 ( $\pm 9,47$ )	33,20 ( $\pm 8,43$ )	0,724
Familiar alcoolista**	178 (83,2)	41 (78,8)	0,543	175 (84,1)	38 (77,6)	0,293
Associação de drogas**						
Apenas álcool	147 (68,7)	39 (75,0)		150 (72,1)	33 (67,3)	0,626
Álcool e cocaína	27 (12,6)	7 (13,5)		26 (12,5)	7 (14,3)	
Álcool, cocaína e maconha	17 (7,9)	3 (5,8)		15 (7,2)	3 (6,1)	
Álcool e maconha	15 (7,0)	2 (3,8)		9 (4,3)	6 (12,2)	
Álcool e benzodiazepínicos	2 (0,9)	1 (1,9)		3 (1,4)	0 (0,0)	
Outras drogas	6 (2,8)	0 (0,0)	-	5 (2,4)	0 (0,0)	-

\* Variáveis apresentadas em forma de média(desvio-padrão)

\*\* Variável apresentada em forma de frequência(percentagem)

<sup>a</sup> Diferenças estatisticamente significantes ao nível de significância de 0,05.

- Impossibilidade de realização do teste adequado.

**Tabela 14 - Transtornos psiquiátricos comórbidos entre dependentes de álcool aderentes e não-aderentes ao AA**

Variáveis	Aderência em 3 meses		p	Aderência em 6 meses		p
	Não (n = 214)	Sim (n = 52)		Não (n = 208)	Sim (n = 49)	
Transtorno depressivo*	69 (32,2)	17 (32,7)	1,000	70 (33,7)	13 (26,5)	0,398
Transtorno de ansiedade generalizada*	44 (20,6)	8 (15,4)	0,443	39 (18,8)	9 (18,4)	1,000
Transtorno de ansiedade induzido por substância*	45 (21,0)	8 (15,4)	0,441	45 (21,6)	10 (20,4)	1,000
Fobia específica*	72 (33,6)	15 (28,8)	0,621	72 (34,6)	15 (30,6)	0,737
Fobia social*	54 (25,2)	10 (19,2)	0,470	52 (25,0)	9 (18,4)	0,368
Transtorno de ansiedade em geral*	129 (60,3)	23 (44,2)	0,042	125 (60,1)	24 (49,0)	0,198

\* Variável apresentada em forma de frequência(percentagem)

**Tabela 15 - Resultados aos 3 meses de seguimento dos que aderiram ao AA entre dependentes de álcool, segundo aderência ou não ao AA, após 6 meses de acompanhamento**

Variáveis	Não-Adesão em 6 meses	Adesão em 6 meses	Total	p
Frequência de ida ao AA*				
Duas ou mais vezes por semana	9 (45,0)	15 (50,0)	24 (48,0)	
Semanalmente	6 (30,0)	10 (33,3)	16 (32,0)	
Quinzenalmente	4 (20,0)	3 (10,0)	7 (14,0)	
Mensalmente	0 (0,0)	1 (3,3)	1 (2,0)	
Menos do que uma vez por mês	1 (5,0)	1 (3,3)	2 (2,0)	-
Acha frequência adequada*	13 (65,0)	20 (66,7)	33 (66,0)	1,000
Motivo da ausência ao AA*				
Desmotivação	51 (30,0)	4 (22,2)	55 (29,3)	
Inibição, vergonha	12 (7,1)	1 (5,6)	13 (6,9)	
Recaída	15 (8,8)	2 (11,1)	17 (9,0)	
Outro	92 (54,1)	11 (61,1)	103 (54,8)	-
Sentimento ao participar do AA*				
Bem, integrado ao grupo	14 (70,0)	25 (83,3)	39 (78,0)	
Regular, parcialmente integrado ao grupo	6 (30,0)	5 (16,7)	11 (22,0)	
Mal, desintegrado do grupo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,311
Sai melhor da reunião do AA*	18 (90,0)	29 (96,7)	47 (94,0)	0,556
Sente-se membro do grupo*	16 (80,0)	28 (93,3)	44 (88,0)	0,202
Interessa-se com a vida dos companheiros*	20 (100,0)	26 (86,7)	46 (92,0)	0,140
Utiliza os passos do AA*	18 (90,0)	28 (93,3)	46 (92,0)	1,000
Faz uso da cabeceira de mesa*	10 (50,0)	19 (63,3)	29 (58,0)	0,393

\* Variáveis apresentadas em forma de frequência(percentagem)  
- Impossibilidade de realização do teste adequado.

**Tabela 16 - Resultados aos 3 meses de seguimento de dependentes de álcool, segundo aderência ou não ao AA, após 6 meses de acompanhamento**

Variáveis	Não-Adesão em 6 meses	Adesão em 6 meses	Total	p
Uso de álcool depois da alta **	130(66,3)	22(44,9)	152(62,0)	0,008 <sup>a</sup>
Frequência do uso de álcool **				
Nunca	62(31,6)	27(55,1)	89(36,3)	
Uma vez	16(8,2)	4(8,2)	20(8,2)	
Duas a cinco vezes	20(10,2)	6(12,2)	26(10,6)	
Seis a dez vezes	4(2,0)	2(4,1)	6(2,4)	
Mais do que dez vezes	94(48,0)	10(20,4)	104(42,4)	-
Duração do uso de álcool **				
Nunca	62(31,6)	27(55,1)	89(36,3)	
Um dia	16(8,2)	5(10,2)	21(8,6)	
De dois dias a uma semana	12(6,1)	4(8,2)	16(6,5)	
De uma a duas semanas	8(4,1)	3(6,1)	11(4,5)	
De duas semanas a um mês	11(5,6)	0(0,0)	11(4,5)	
Mais de um mês	87(44,4)	10(20,4)	97(39,6)	-
Aderência ao AA **	20(10,2)	30(61,2)	50(20,4)	0,0001 <sup>a</sup>
Aderência forte	9(4,6)	15(30,6)	24(9,8)	
Aderência parcial	10(5,1)	13(26,5)	23(9,4)	
Aderência fraca	1(0,5)	2(4,1)	3(1,2)	
Não-aderência	176(89,8)	19(38,8)	195(79,6)	-
Adesão a tratamento psicoterápico **	62(31,6)	30(61,2)	92(37,6)	0,0001 <sup>a</sup>
Respostas confiáveis **	160(81,6)	47(95,9)	207(84,5)	0,014 <sup>a</sup>
ESA *	43,30(±13,8)	49,10(±13,05)	44,27(±13,85)	0,009 <sup>a</sup>

\* Variáveis apresentadas em forma de média(desvio-padrão)

\*\* Variável apresentada em forma de frequência(percentagem)

- Impossibilidade de realização do teste adequado.

<sup>a</sup> Diferenças estatisticamente significativas ao nível de significância 0,05.

**Tabela 17 - Modelo final da regressão logística tendo adesão ao AA como desfecho**

	p	OR	IC95% para OR	
			Inferior	Superior
2o ou 3o Grau	0,028	2,192	1,089	4,410
Aderência ao Tratamento Psicoterápico na 2a etapa	0,003	2,806	1,433	5,496
Constante	0,000	0,056		

**Tabela 18 - Características sócio-familiar-demográficas e evolução clínica de dependentes de álcool aderidos e não-aderidos a tratamento psicoterápico**

Variáveis	Aderência em 3 meses			Aderência em 6 meses		
	Não (n =167)	Sim (n =99)	p	Não (n =169)	Sim (n =87)	p
Idade*	41,56 (±8,35)	41,77 (±8,67)	0,846	41,49 (±7,90)	42,31 (±8,82)	0,451
Sexo**						
Masculino	154 (92,2)	89 (89,9)		159 (94,1)	75 (86,2)	
Feminino	13 (7,8)	10 (10,1)	0,08	10 (5,9)	12 (13,8)	0,057 <sup>a</sup>
Estado civil**						
Solteiro	48 (28,7)	25 (25,3)		52 (30,8)	18 (20,7)	
Casado	70 (41,9)	44 (44,4)		69 (40,8)	42 (48,3)	
Separado	49 (29,3)	30 (30,3)	0,824	48 (28,4)	27 (31,0)	0,223
Nível educacional**						
Primeiro grau	101 (60,5)	35 (35,4)		101 (59,8)	29 (33,3)	
Segundo grau	45 (26,9)	37 (37,4)		47 (27,8)	35 (40,2)	
Terceiro grau	21 (12,6)	27 (27,3)	0,190	21 (12,4)	23 (26,4)	0,000 <sup>a</sup>
Tratamento Anterior**	121 (72,5)	79 (79,8)	0,190	120 (71,0)	76 (87,4)	0,003 <sup>a</sup>
Número de internações**						
1	34 (32,1)	22 (32,8)		41 (37,6)	18 (30,0)	
De 2 a 3	35 (33,0)	21 (31,3)		36 (33,0)	18 (30,0)	
De 4 a 5	14 (13,2)	9 (13,4)		13 (11,9)	8 (13,3)	
De 6 a 10	15 (14,2)	7 (10,4)		12 (11,0)	9 (15,0)	
De 11 a 15	3 (2,8)	5 (7,5)		3 (2,8)	3 (5,0)	
Acima de 16	5 (4,7)	3 (4,5)	0,92	4 (3,7)	4 (6,7)	0,762
ESA (inicial)*	32,20 (±10,08)	33,50 (±7,88)	0,45	32,53 (±9,94)	33 (±7,71)	0,426
Familiar alcoolista**	138 (82,6)	81 (81,8)	0,869	144 (85,2)	68 (78,2)	0,165
Associação de drogas**						
Apenas álcool	125 (74,9)	61 (61,6)		130 (76,9)	53 (60,9)	
Álcool e cocaína	13 (7,8)	21 (21,2)		17 (10,1)	16 (18,4)	
Álcool, cocaína e maconha	12 (7,2)	8 (8,1)		11 (6,5)	7 (8,0)	
Álcool e maconha	10 (6,0)	7 (7,1)		8 (4,7)	7 (8,0)	
Álcool e benzodiazepínicos	2 (1,2)	1 (1,0)		0 (0,0)	2 (2,3)	
Outras drogas	5 (3,0)	1 (1,0)	0,041 <sup>a</sup>	3 (1,8)	2 (2,3)	0,065

\* Variáveis apresentadas em forma de média(desvio-padrão)

\*\* Variável apresentada em forma de freqüência(percentagem)

<sup>a</sup> Diferenças estatisticamente significantes ao nível de significância de 0,05.



**Tabela 19 - Transtornos psiquiátricos comórbidos entre dependentes de álcool aderidos e não-aderidos a tratamento psicoterápico**

Variáveis	Aderência em 3 meses		p	Aderência em 6 meses		p
	Não (n = 167)	Sim (n =99)		Não (n =169)	Sim (n =87)	
Transtorno depressivo*	41(24,6)	45(45,5)	0,001 <sup>a</sup>	43(25,4)	40(46,0)	0,001 <sup>a</sup>
Transtorno de ansiedade generalizada*	31(18,6)	21(21,2)	0,633	27(16,0)	21(24,1)	0,129
Transtorno de ansiedade induzido por substância*	38(22,8)	15(15,2)	0,154	42(24,9)	13(14,9)	0,078
Fobia específica*	54(32,3)	33(33,3)	0,893	59(34,9)	28(32,2)	0,679
Fobia social*	44(26,3)	20(20,2)	0,300	38(22,5)	23(26,4)	0,536
Transtorno de ansiedade em geral*	96(57,5)	56(56,6)	0,899	96(56,8)	52(59,8)	0,690

\* Variável apresentada em forma de frequência(percentagem)

<sup>a</sup> Diferença estatisticamente significantes ao nível de significância de 0,05.

**Tabela 20 - Resultados aos 3 meses de seguimento de dependentes de álcool segundo aderência ou não-aderência a tratamento psicoterápico, após 6 meses de acompanhamento**

Variáveis	Não-Adesão em 6 meses	Adesão em 6 meses	Total	p
Uso de álcool depois da alta **	102(65,0)	49(56,3)	151(61,9)	0,216
Frequência do uso de álcool **				
Nunca	53(33,8)	36(41,4)	89(36,5)	
Uma vez	17(10,8)	3(3,4)	20(8,2)	
Duas a cinco vezes	16(10,2)	10(11,5)	26(10,7)	
Seis a dez vezes	3(1,9)	3(3,4)	6(2,5)	
Mais do que dez vezes	68(43,3)	35(40,2)	103(42,2)	0,252
Duração do uso de álcool **				
Nunca	53(33,8)	36(41,4)	89(36,5)	
Um dia	18(11,5)	3(3,4)	21(8,6)	
De dois dias a uma semana	9(5,7)	7(8,0)	16(6,6)	
De uma a duas semanas	7(4,5)	4(4,6)	11(4,5)	
De duas semanas a um mês	8(5,1)	3(3,4)	11(4,5)	
Mais de um mês	62(39,5)	34(39,1)	96(39,)	0,319
Aderência ao AA **				
Aderência forte	14(8,9)	10(11,5)	24(9,8)	
Aderência parcial	9(5,7)	14(16,1)	23(9,4)	
Aderência fraca	1(0,6)	2(2,3)	3(1,2)	
Não-aderência	133(84,7)	61(70,1)	194(79,5)	0,023 <sup>a</sup>
ESA *	43,77(±14,45)	46,02(±12,48)	44,27(±13,85)	0,002 <sup>a</sup>

\* Variáveis apresentadas em forma de média(desvio-padrão)

\*\* Variável apresentada em forma de frequência(percentagem)

<sup>a</sup> Diferenças estatisticamente significantes ao nível de significância de 0,05.

Foi feita uma regressão logística para o desfecho “adesão a tratamento psicoterápico após 6 meses de acompanhamento” e o modelo final apontou razões de chances de 3,60 para o fato do paciente ter 3º grau (completo ou incompleto), de 3,4 para a presença de transtorno depressivo, de 3,08 para a presença de associação com outras drogas, de 2,61 para adesão ao AA após 3 meses de acompanhamento, de 2,44 para a escolaridade de 2º grau (completo ou incompleto), de 2,87 para a existência de tratamento anterior, estando estas variáveis relacionadas com a adesão ao tratamento psicoterápico, e de 0,27 para a presença de transtorno de ansiedade induzido por substância, estando esta variável associada a não-adesão a tratamento psicoterápico (tabela 21).

**Tabela 21 - Modelo final da regressão logística tendo tratamento psicoterápico como desfecho**

	p	OR	IC95% para OR	
			Inferior	Superior
Nível Educacional				
1º Grau	0,002			
2º Grau	0,009	2,449	1,247	4,807
3º Grau	0,002	3,609	1,628	7,999
Tratamento anterior	0,010	2,875	1,290	6,406
Transtorno depressivo	0,000	3,476	1,832	6,593
Transtorno de ansiedade induzido por substância	0,003	0,273	0,117	0,635
Uso de álcool e outras drogas	0,002	3,083	1,534	6,196
Adesão ao AA 2ª etapa	0,009	2,618	1,267	5,408
Constante	0,000	0,169		

#### **4.9 Confiabilidade e dimensionalidade da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz**

Quanto à Escala de Ansiedade Social de Liebowitz, o coeficiente de consistência interna da escala foi de 0,95. Nenhum item se mostrou pobremente relacionado com os demais (os coeficientes de correlação com os demais foram maiores do que 0,15) (tabela 22).

**Tabela 22 - Análise de Confiabilidade. Correlações de cada item com todos os demais da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz**

Questões	Correlação entre cada item e os demais
1-Medo ou ansiedade de telefonar em público	0,6354
2-Evituação de telefonar em público	0,6005
3-Medo ou ansiedade de participár de pequenos grupos	0,6400
4-Evituação de participár de pequenos grupos	0,5240
5-Medo ou ansiedade de comer em locais públicos	0,5681
6-Evituação de comer em locais públicos	0,5709
7-Medo ou ansiedade de beber com outros em locais públicos	0,4874
8-Evituação de beber com outros em locais públicos	0,4253
9-Medo ou ansiedade de falar com pessoas em posição de autoridade	0,6083
10-Evituação de falar com pessoas em posição de autoridade	0,6229
11-Medo ou ansiedade de agir, realizar ou falar em frente a uma audiência	0,6390
12-Evituação de agir, realizar ou falar em frente a uma audiência	0,6107
13-Medo ou ansiedade de ir a uma festa	0,6137
14-Evituação de ir a uma festa	0,4919
15- Medo ou ansiedade de trabalhar sendo observado	0,5964
16-Evituação de trabalhar sendo observado	0,4924
17- Medo ou ansiedade de escrever sendo observado	0,5970
18- Evituação de de trabalhar sendo observado	0,5782
19-Medo ou ansiedade de chamar alguém que você não conhece muito bem	0,5825
20-Evituação de chamar alguém que você não conhece muito bem	0,5049
21-Medo ou ansiedade de falar com pessoas que você não conhece muito bem	0,6894
22-Evituação de falar com pessoas que você não conhece muito bem	0,6292
23-Medo ou ansiedade de encontrar com estranhos	0,5607
24-Evituação de encontrar com estranhos	0,5510
25-Medo ou ansiedade de urinar em banheiro público	0,4671
26-Evituação de urinar em banheiro público	0,4415
27- Medo ou ansiedade de entrar em uma sala onde outros já estão sentados	0,6459
28-Evituação de entrar em uma sala onde outros já estão sentados	0,5899
29-Medo ou ansiedade de ser o centro das atenções	0,5961
30-Evituação de ser o centro das atenções	0,5715
31-Medo ou ansiedade de falar em uma reunião	0,6499
32-Evituação de falar em uma reunião	0,6568
33-Medo ou ansiedade de fazer uma prova	0,5044
34-Evituação de fazer uma prova	0,5353
35-Medo ou ansiedade de expressar uma discordância ou desaprovação para pessoas que você não conheça bem	0,6540
36-Evituação de expressar uma discordância ou desaprovação para pessoas que você não conheça bem	0,5936
37-Medo ou ansiedade de olhar nos olhos de pessoas que você não conheça bem	0,5185
38-Evituação de olhar nos olhos de pessoas que você não conheça bem	0,4617
39-Medo ou ansiedade de relatar algo para um grupo	0,6498
40-Evituação de relatar algo para um grupo	0,6315
41-Medo ou ansiedade de tentar paquerar alguém	0,4995
42-Evituação de tentar paquerar alguém	0,5459
43-Medo ou ansiedade de devolver mercadorias para uma loja	0,5120
44-Evituação de devolver mercadorias para uma loja	0,4187
45-Medo ou ansiedade de dar uma festa	0,5333
46-Evituação de dar uma festa	0,4787
47-Medo ou ansiedade de resistir as pressões de um vendedor	0,4682
48-Evituação de resistir as pressões de um vendedor	0,4833

Coeficiente de Confiabilidade: Número de pacientes = 300    Número de ítems = 48    Alfa de Cronbach = 0.9584

Na análise fatorial da escala, ao utilizarmos o critério de Kaiser-Gutman, obtivemos uma solução de 13 fatores. Entretanto, esta solução não nos pareceu explicitar adequadamente a variabilidade dos dados de nossa amostra. Optamos, assim, por utilizar uma solução de cinco dimensões, já que nesta configuração dimensional as cargas fatoriais estavam mais uniformemente distribuídas entre os distintos fatores (tabela 23).

Na tabela 23, estão expostas as cargas fatoriais de cada questão para os cinco fatores de rotação. Os itens da escala foram distribuídos até que uma interpretação razoável dos fatores fosse possível. O fator I é composto pelos itens 29, 30, 11, 12, 31, 32, 39, 40, 3, 4, 9, 27 e 33 e corresponde à dimensão “falar em grupo”. Este fator abrange 34,59% da variância explicada. Os itens 1, 2, 5, 6, 7, 8, 25, 26, 28 e 10 estão relacionados a “atividade em público” e compreendem o fator II, que abrange 5,44% da variância explicada. O fator III refletiria “interação social com pessoa desconhecida” sendo composto pelos itens 19, 20, 21, 22, 23, 24, 15 e 16, correspondendo a 4,68% da variância explicada. Os itens 43, 44, 47, 48, 35, 36, 37, 38, 17, 18 e 34 compõem o fator IV, que se refere a “atitude de discordância ou enfrentamento”, o qual abrange 4,37% da variância explicada. Finalmente, o fator V corresponderia a “interação social em atividade de lazer”, sendo formado pelos itens 13, 14, 45, 46, 41 e 42 e corresponde a 3,84% da variância explicada. A medida de consistência interna avaliada pelo alfa de Cronbach foi de 0,91 para a primeira subescala, 0,87 para a segunda, 0,87 para a terceira, 0,86 para a quarta e 0,83 para a quinta subescala.

**Tabela 23 - Fatores resultantes da análise do principal componente da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz**

Questões	Carga Fatorial
<b>FATOR I (Falar em grupo), Variância explicada= 34.59, alfa = 0.91</b>	
29 - Medo ou ansiedade de ser o centro das atenções	0,63
30 - Evitação de ser o centro das atenções	0,62
11 - Medo ou ansiedade de agir, realizar ou falar em frente a uma audiência	0,66
12 - Evitação de agir, realizar ou falar em frente a uma audiência	0,61
31 - Medo ou ansiedade de falar em uma reunião	0,81
32 - Evitação de falar em uma reunião	0,77
39 - Medo ou ansiedade de relatar algo para um grupo	0,76
40 - Evitação de relatar algo para um grupo	0,71
3 - Medo ou ansiedade de participar de pequenos grupos	0,58
4 - Evitação de participar de pequenos grupos	0,51
9 - Medo ou ansiedade de falar com pessoas em posição de autoridade	0,43
27 - Medo ou ansiedade de entrar em uma sala onde outros já estão sentados	0,43
33- Medo ou ansiedade de fazer uma prova	0,41
<b>FATOR II (Atividade em público), Variância explicada = 5.44 , alfa= 0.87</b>	
1 - Medo ou ansiedade de telefonar em público	0,52
2 - Evitação de telefonar em público	0,49
5 - Medo ou ansiedade de comer em locais públicos	0,67
6 - Evitação de comer em locais públicos	0,64
7 - Medo ou ansiedade de beber com outros em locais públicos	0,63
8 - Evitação de beber com outros em locais públicos	0,56
25 - Medo ou ansiedade de urinar em banheiro público	0,67
26 - Evitação de urinar em banheiro público	0,66
28 - Evitação de entrar em uma sala onde outros já estão sentados	0,48
10 - Evitação de falar com pessoas em posição de autoridade	0,40
<b>FATOR III (Interação social com pessoa desconhecida), Variância explicada = 4.68, alpha= 0.87</b>	
19 - Medo ou ansiedade de chamar alguém que você não conhece muito bem	0,67
20 - Evitação de chamar alguém que você não conhece muito bem	0,75
21 - Medo ou ansiedade de falar com pessoas que você não conhece muito bem	0,69
22 - Evitação de falar com pessoas que você não conhece muito bem	0,72
23 - Medo ou ansiedade de encontrar com estranhos	0,74
24 - Evitação de encontrar com estranhos	0,73
15 - Medo ou ansiedade de trabalhar sendo observado	0,35
16 - Evitação de trabalhar sendo observado	0,38
<b>FATOR IV (Atitude de discordância ou enfrentamento), Variância explicada = 4.37, alpha= 0.86</b>	
43 - Medo ou ansiedade de devolver mercadorias para uma loja	0,66
44 - Evitação de devolver mercadorias para uma loja	0,65
47 - Medo ou ansiedade de resistir as pressões de um vendedor	0,66
48 - Evitação de resistir as pressões de um vendedor	0,65
35 - Medo ou ansiedade de expressar uma discordância ou desaprovação para pessoas que você não conheça bem	0,51
36 - Evitação de expressar uma discordância ou desaprovação para pessoas que você não conheça bem	0,56
37 - Medo ou ansiedade de olhar nos olhos de pessoas que você não conheça bem	0,40
38 - Evitação de olhar nos olhos de pessoas que você não conheça bem	0,42
17 - Medo ou ansiedade de escrever sendo observado	0,41
18 - Evitação de trabalhar sendo observado	0,42
34 - Evitação de fazer uma prova	0,49
<b>FATOR V (Interação social em atividade de lazer), Variância explicada = 3.84 , alpha = 0.83</b>	
13 - Medo ou ansiedade de ir a uma festa	0,60
14 - Evitação de ir a uma festa	0,56
45 - Medo ou ansiedade de dar uma festa	0,73
46 - Evitação de dar uma festa	0,63
41 - Medo ou ansiedade de tentar paquerar alguém	0,58
42 - Evitação de tentar paquerar alguém	0,53

## 5 DISCUSSÃO

Em nossa amostra, chama a atenção o número elevado de pacientes alcoolistas com transtornos de ansiedade, principalmente com fobia específica, fobia social, transtorno de ansiedade induzido pelo uso de álcool e transtorno de ansiedade generalizada, que foi bem maior do que aquele encontrado na população em geral; este achado está de acordo com estudos anteriores (Mullaney, Trippet, 1979; Stockwell et al., 1984; Ross et al., 1988; Regier et al., 1990).

O transtorno de pânico e a agorafobia foram diagnosticados com frequência bem abaixo do que a encontrada nos estudos já citados, o que pode se dever ao fato de que os pacientes que apresentavam ataques de pânico terem sido diagnosticados como tendo transtorno de ansiedade induzido pelo uso de álcool, com ataques de pânico secundários ao álcool. Um outro estudo, realizado em Porto Alegre, com uma amostra bem menor, envolvendo 48 pacientes dependentes de drogas, chegou a resultados semelhantes, sendo que 2% apresentaram transtorno de pânico e 22,9% preenchiam critérios para transtorno de ansiedade induzido pelo uso de substâncias, ou seja, tiveram ataques de pânico apenas durante a intoxicação ou na síndrome de abstinência, secundariamente ao uso de drogas. Quanto à fobia social, 33,3% dos pacientes apresentaram este transtorno (Terra et al., 2003).

É importante também salientar que a população estudada foi predominantemente masculina, como é próprio das unidades de internação por alcoolismo, e que os transtornos de ansiedade são reconhecidamente mais freqüentes na população feminina (Busnello et al., 1992). Desta maneira, esta situação poderia implicar em uma redução na freqüência dos transtornos observados, os quais poderiam aparecer com freqüência ainda maior se houvesse mais mulheres na amostra.

A fobia social, de maior importância clínica devido ao grau de incapacitação a que pode levar, foi encontrada em quase 1/4 da amostra, confirmando a alta freqüência da comorbidade fobia social e alcoolismo, já destacada por outros estudos. Pacientes com fobia social apresentam duas vezes mais problemas relacionados com o álcool do que aqueles que não são fóbicos e indivíduos com transtornos devido ao uso de álcool têm probabilidade 9 vezes maior de apresentar fobia social do que a população geral

(Kushner et al., 1990). Se extrapolarmos a frequência de fobia social encontrada em nosso estudo para o levantamento realizado por Carlini et al. (2001), dos 12.791.000 alcoolistas brasileiros, seriam fóbicos sociais cerca de 3.147.000 dependentes de álcool.

A fobia social precedeu o transtorno relacionado ao álcool em quase toda a amostra, achado coincidente com vários estudos que mostram que a fobia social tipicamente precede os problemas com álcool (Mullaney, Trippet, 1979; Ross et al., 1988; Schneier et al., 1992; Farrel et al., 2001; Terra et al., 2004). A fobia social parece ter um início precoce na adolescência, com conseqüências potencialmente severas, conferindo aos indivíduos afetados maior vulnerabilidade para depressão maior e transtorno aditivo. (Regier et al., 1990).

Há indícios de que o abuso de álcool possa ser uma tentativa de automedicação em um número considerável de fóbicos sociais, sendo esta uma importante complicação da fobia social. Por outro lado, mesmo para aqueles cujo abuso ou dependência do álcool seja a patologia primária, no período de abstinência, os sintomas fóbicos sociais podem contribuir para a recidiva quanto ao uso do álcool (Figueira et al., 1993). Contribui para a hipótese da automedicação a observação de que a grande maioria dos nossos pacientes referiram experimentar uma melhora dos sintomas fóbicos sociais durante a fase de intoxicação pelo álcool, achado coincidente com a literatura revisada (Stockwell et al., 1984; Abrams et al., 2001; Farrel et al., 2001). Por outro lado, um pouco mais do que a metade referiram piora da fobia social durante a abstinência. Estes resultados estão de acordo com um estudo que mostrou que os alcoolistas fóbicos sociais melhoram significativamente dos sintomas fóbicos durante a intoxicação alcoólica, mas ao mesmo tempo tendem a ter sintomas fóbicos mais intensos durante a fase de abstinência (Terra et al., 2004).

Comparando-se os grupos fóbicos e não-fóbicos, os alcoolistas fóbicos estudaram menos até o terceiro grau e tinham um maior número de internações anteriores, o que pode ser indicativo de maior comprometimento do que os alcoolistas não-fóbicos, pelo menos antes da internação. Um outro estudo apontou que alcoolistas com fobia social entram em tratamento com problemas mais graves do que aqueles referidos pelos

pacientes sem fobia social. Os alcoolistas fóbicos apresentavam pontuações maiores em uma escala de dependência de álcool e apresentavam mais sintomas de dependência de acordo com o SCID, embora não bebessem maiores quantidades ou mais freqüentemente do que os alcoolistas sem fobia social (Thomas et al., 1999). Foi encontrada também maior freqüência de história familiar de alcoolismo entre os fóbicos. É possível que o fato de terem sido submetidos ao convívio com pais ou outros familiares alcoolistas tenha atuado como um fator de risco para o desenvolvimento da fobia social entre os alcoolistas fóbicos.

Os alcoolistas fóbicos sociais apresentavam mais freqüentemente transtornos depressivos, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade induzido por substância, fobia específica e transtorno de ansiedade de uma forma geral do que os não-fóbicos. Este achado está de acordo com outros estudos que mostram que os transtornos depressivos e outros transtornos de ansiedade estão entre as comorbidades mais freqüentes na fobia social (Schneier et al., 1992; Moutier, Stein, 1999; Lydiard, 2001). Thomas e colaboradores (1999), em estudo comparativo entre alcoolistas fóbicos e não-fóbicos, igualmente observaram que pacientes fóbicos experimentavam episódios depressivos maiores mais freqüentemente do que os não-fóbicos.

A fobia social não pôde ser definida como um fator de risco para a recaída. Nas 2ª e 3ª etapas, respectivamente 3 e 6 meses após a primeira internação, não foram encontradas diferenças significativas quanto às taxas de recaída e às pontuações médias na Escala ESA. No entanto, chama atenção a freqüência elevada de recaídas, que aumenta da 2ª para a 3ª etapa. As pontuações na Escala ESA aumentaram progressivamente tanto para os pacientes fóbicos como para os não-fóbicos, contando-se desde o período da hospitalização até 3 e 6 meses de seguimento. Muitos pacientes recaíram durante o período de observação, o que impediu o escore máximo para a escala ESA (igual a 65).

Este resultado foi similar ao que se observou em uma meta-análise sobre o tema, que não pôde determinar que transtornos de ansiedade comórbidos em pacientes dependentes de álcool apontariam para a necessidade de tratamento específico para



prevenção de recaída entre alcoolistas fóbico-sociais (Schadé e cols., 2003). Entretanto, um estudo prévio havia mostrado que os transtornos de ansiedade comórbidos prediziam pior resultado no tratamento da dependência de álcool após seis meses (Driessen et al., 2001). Esta diferença nos resultados poderia ser parcialmente explicada pelos diferentes tipos de transtornos de ansiedade identificados em nosso grupo de pacientes. É importante ressaltar que os alcoolistas com fobia social podem se destacar pelo desejo de diminuir ou de interromper o uso do álcool, que é o aspecto da dependência que aparece como mais freqüente no I Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, na Região Sul, sendo plausível supormos que queiram parar de beber e não consigam em decorrência da sintomatologia fóbica.

A fobia social também não foi identificada como um fator de risco para a não adesão a tratamento psicoterápico ou ao grupo de alcoólicos anônimos. Com relação à adesão ao AA, apesar de não ter sido encontrada diferença estatisticamente significativa, pode-se observar uma tendência para os fóbicos aderirem menos tanto com três, como com seis meses de acompanhamento. De acordo com esta última observação, está a constatação de que pontuações mais baixas na Escala de Ansiedade Social de Liebowitz estão relacionadas à maior adesão ao AA. É possível se levantar a hipótese de que a ausência de diferença com significância estatística quanto a adesão ao AA entre os fóbicos e não-fóbicos possa se dever à falta de poder estatístico do estudo e que, em uma amostra maior, esta diferença apareça.

Como a taxa de adesão ao AA mantém-se a mesma, para os dois grupos, da 2ª para a 3ª etapa, pode-se concluir que o período até 3 meses é de fundamental importância para a definição da adesão. Quanto a este achado é importante destacar que não foram encontrados na literatura outros estudos que identifiquem o período ideal para a definição da adesão ao AA, sendo assim interessante que avaliações posteriores enfoquem este aspecto.

A adesão ao AA mostrou-se baixa, tendo sido superada pela adesão ao tratamento psicoterápico para os dois grupos. Os nossos achados estão de acordo com um estudo de seguimento de 6 meses após uma internação, que apontou que 21% dos pacientes não haviam recaído e que aqueles que aderiram ao AA tiveram melhores

resultados do que aqueles que não aderiram (Gossop et al., 2003). No entanto, este tratamento era limitado a uma pequena proporção de pacientes, uma vez que a adesão encontrada foi de 40%, sendo ainda maior do que a encontrada no nosso estudo.

A adesão ao tratamento psicoterápico pode ter sido maior devido ao fato deste ser mais acolhedor e tolerante com aqueles alcoolistas que recaem. Alguns pacientes podem ter se afastado do AA por sentirem-se pressionados pelo grupo, devido ao fato de estarem bebendo. Outro aspecto a ser enfatizado é que foi considerado, no estudo, uma frequência de pelo menos uma consulta mensal como adesão à tratamento psicoterápico. É possível que se fosse utilizado um critério mais restritivo, como frequência de pelo menos uma consulta semanal, a adesão encontrada fosse ainda menor.

Uma vez que cerca de 1/5 da amostra aderiu ao AA, os resultados referentes aos aderentes se referem a um número menor de pacientes. Tanto no período de 3 meses como com 6 meses de seguimento, comparativamente aos não-fóbicos, os alcoolistas fóbicos sociais usaram menos a cabeceira de mesa no AA e acharam que sua frequência de comparecimento aos grupos era insuficiente. Quanto aos sentimentos de participar do AA, os fóbicos sentiam-se menos integrados ao grupo, sendo esta diferença estatisticamente significativa para os 6 meses de seguimento. Além disso, os fóbicos relataram também mais freqüentemente vergonha de comparecer ao AA após 3 meses. Não houve número suficiente de pacientes para se fazer a comparação após 6 meses de acompanhamento.

É possível que os alcoolistas fóbicos sociais, devido a sua psicopatologia, compareçam ao AA menos do que gostariam, por sentirem-se menos integrados ao grupo. Quando conseguem ir, fazem uso da cabeceira de mesa com uma frequência muito menor do que os não-fóbicos devido ao medo da exposição social. Um outro estudo levanta também a questão de que os alcoolistas fóbicos sociais têm uma maior dificuldade para aderir ou se beneficiar de um tratamento que requeira participação ativa em grupos, como o que é freqüentemente utilizado na abordagem de pacientes dependentes químicos (Myrick e Brady, 1997).

Deste modo, pacientes alcoolistas com fobia social poderiam ter mais dificuldades para se enquadrarem no tratamento em grupo de um programa para recuperação de dependência química que abrange participação em reuniões de alcoólicos anônimos, nas quais existiria uma maior exposição social. Outra hipótese a ser levantada é que, devido à auto-crítica acentuada, os fóbicos mais freqüentemente considerem sua freqüência de comparecimento inadequada, já que não foi observada diferença significativa de adesão na comparação com os não-fóbicos.

Entretanto, o estudo não identificou diferença significativa entre os alcoolistas fóbicos e não-fóbicos quanto ao índice de recaída após a alta, não sendo assim possível a partir desta observação justificar a necessidade de um tratamento individualizado, dirigido à fobia social, para este subgrupo de alcoolistas. Tendo em vista que os alcoolistas fóbicos aderiram mais ao tratamento psicoterápico do que os alcoolistas não-fóbicos, após seis meses de acompanhamento, ainda que esta diferença não seja estatisticamente significativa, a maior adesão poderia ser responsabilizada pela ausência de diferença nas taxas de recaída dos dois grupos de alcoolistas.

Os resultados encontrados estão de acordo com um estudo que comparou os efeitos de um tratamento simultâneo para fobia social e alcoolismo com um tratamento isolado para alcoolismo em indivíduos com um diagnóstico duplo de transtorno de ansiedade social e de dependência ao álcool. A análise de intenção de tratar mostrou que ambos os grupos melhoraram do alcoolismo e da fobia social após o tratamento. Ao contrário da hipótese inicial, o grupo tratado para ambos os problemas teve piores resultados em 3 de 4 índices de aferição de consumo de álcool, ou seja, beberam com maior freqüência, maior número total de doses e tiveram, mais freqüentemente, dias de consumo pesado de álcool comparativamente àqueles que receberam tratamento apenas para o álcool. Nenhum efeito adicional do tratamento concomitante foi também observado nos índices de ansiedade social (Randall et al., 2001). É importante salientar que a técnica utilizada neste estudo foi a terapia cognitivo-comportamental e pode-se levantar a hipótese de que o uso de outras técnicas psicoterápicas poderia levar a resultados diferentes.

Resultados semelhantes também foram encontrados em um estudo que comparou pacientes com transtorno devido ao uso de substâncias com e sem comorbidade com depressão maior, em que se observou que aqueles com um duplo diagnóstico eram inicialmente menos envolvidos socialmente e adquiriam progressivamente menos benefícios dos grupos de doze passos em comparação com o grupo sem depressão. Entretanto, os resultados relacionados ao uso de substâncias, como abstinência, remissão ou conseqüências, não diferiram, entre os dois grupos, nem no primeiro, nem no segundo ano de seguimento. Porém, observou-se que os pacientes com depressão compareciam a consultas para saúde mental cerca de duas vezes e meia a mais do que os não deprimidos. Isso pode ter ajudado a disfarçar um possível pior potencial de resposta destes pacientes (Kelly et al., 2003).

Na regressão logística, tomando-se como desfecho a abstinência, incluíram-se as variáveis que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os pacientes abstinentes e não-abstinentes. A freqüência de comparecimento ao AA não foi definida como um fator relacionado com a abstinência. Isto pode ter ocorrido devido ao pequeno número de pacientes que aderiram ao AA, pois as adesões forte ou parcial aparentemente estão relacionadas a melhores resultados. No entanto, esta observação pode apenas estar refletindo um viés de seleção, na medida em que os grupos de AA são menos acolhedores com os pacientes não-abstinentes. Um estudo anterior mostrou que uma participação moderada ou ocasional no AA estava associada a melhores resultados em comparação com aqueles que não freqüentavam o AA, mas que uma participação freqüente não estava relacionada com uma melhora adicional (Watson et al., 1997), o que está em desacordo com a maior parte dos estudos que mostram que uma adesão mais freqüente ao AA está associada com menores taxas de recaída (Caldwell, Cutter, 1998; Morgenstern et al., 1999; Fiorentine, Hillhouse, 2000; Gossop et al., 2003).

A variável pontuação na escala ESA após três meses de acompanhamento, não foi incluída na regressão devido a provável sobreposição de informações com adesão a tratamento (em grupos de AA ou psicoterápico). A variável idade foi inicialmente incluída, mas perdeu sua importância no modelo final. Neste, foram definidos como fatores preditivos de recaída o estado civil solteiro e o fato do paciente ter realizado algum tratamento anterior ao do estudo. Como fatores protetores aparecem a adesão

ao AA, a presença de transtorno depressivo e possivelmente a adesão a tratamento psicoterápico.

O fato do transtorno depressivo aparecer entre os fatores protetores para evitar a recaída está associado provavelmente a maior adesão a tratamento apresentada por pacientes que apresentam esta comorbidade. Estes achados reforçam a importância do tratamento psicoterápico e dos grupos de AA, já enfatizada por outros estudos (Timko et al., 1994; Fiorentine, Hillhouse, 2000; Gossop et al., 2003). O fato do paciente ser solteiro estar associado com uma menor abstinência reforça a idéia da importância do apoio familiar para a recuperação dos pacientes alcoolistas.

Na regressão logística, tomando-se como desfecho a adesão ao AA, participaram as variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes aderentes e não-aderentes. As variáveis, pontuação média na escala ESA após três meses de acompanhamento e uso de álcool após a alta com três meses de acompanhamento, não foram incluídas na regressão devido a provável sobreposição com adesão a tratamento psicoterápico. No modelo final, foram definidos como fatores preditivos de adesão ao AA após seis meses de acompanhamento, a adesão a tratamento psicoterápico após três meses de acompanhamento e o fato do paciente ter segundo ou terceiro grau.

Assim, os achados reforçam a idéia de que tratamentos combinados podem se somar, sendo mais efetivos, uma vez que um aumenta a adesão ao outro. Outro estudo conclui que a freqüência de comparecimento ao tratamento psicoterápico pode ser aumentada pela integração aos conceitos do AA, ao mesmo tempo que pode haver maior adesão ao AA através de tratamento psicoterápico voltado para os transtornos psiquiátricos comórbidos (Tómasson, Vaglum, 1998). Seria desejável uma ação conjunta entre o AA e a psicoterapia para facilitar a recuperação dos pacientes (Steigerwald, Stone, 1999).

Na regressão logística que realizamos, tendo como desfecho a adesão a tratamento psicoterápico, participaram as variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significativas ou quase significativas entre os pacientes aderentes e

não-aderentes. A variável pontuação na escala ESA após três meses de acompanhamento não foi incluída na regressão devido a provável sobreposição de informações com adesão aos grupos de AA. No modelo final, foram definidos como fatores preditivos de adesão a tratamento psicoterápico após seis meses de acompanhamento: maior escolaridade; presença de dependência de outras drogas; o fato do paciente já ter feito um tratamento anterior; presença de transtorno depressivo; e adesão ao AA aos três meses de acompanhamento. Como fator de não-adesão, apareceu a presença de transtorno de ansiedade induzido por substância.

Chama a atenção o fato da variável uso do álcool após a alta não ter sido diferente entre aderentes e não-aderentes a tratamento psicoterápico após 6 meses de seguimento. No entanto, a pontuação média na escala ESA apontou diferenças, sendo maior para os aderentes, mostrando menor comprometimento deste grupo de pacientes. Os resultados levantam a hipótese de que os alcoolistas poliusuários utilizem mais a psicoterapia do que os monousuários, sendo que estes últimos talvez se adaptem melhor a tratamentos como o grupo de AA. Os alcoolistas com transtorno depressivo também permanecem mais tempo em psicoterapia, isto podendo se dever, em parte, à necessidade de continuarem a fazer uso de medicação após a alta. Um outro estudo, já citado, também apontou que os usuários de substâncias psicoativas com depressão compareciam a consultas de saúde mental cerca de duas vezes e meia mais freqüentemente do que os não deprimidos (Kelly et al., 2003). O fato dos pacientes já terem feito um tratamento anterior e de terem maior escolaridade também facilitaria sua adesão a tratamento psicoterápico. Com relação à adesão ao AA, este achado novamente reforça a idéia de se utilizar tratamentos complementares para o alcoolismo, na medida em que um pode ter um efeito de interação ao aumentar a adesão ao outro. O fato do transtorno de ansiedade induzido por substância estar relacionado à menor adesão a tratamento psicoterápico pode se dever ao desaparecimento dos sintomas após o período inicial de abstinência, o que faria com que os pacientes sentissem menor necessidade de continuarem com acompanhamento psicoterápico.

Entre os pacientes diagnosticados como fóbicos sociais, constatamos que apenas um quinto recebia medicação que poderia ser útil para o transtorno. Sequer a intensidade da fobia demonstrou constituir fator significativo para determinar o

tratamento. Este achado reitera estudos anteriores a cerca do sub-diagnóstico da fobia social, apesar desta ser altamente incapacitante e tratável (Liebowitz et al., 1985; Dingemans et al., 2001). Em função deste pouco reconhecimento, somente cerca de 25% dos pacientes com fobia social recebem tratamento específico, sendo que a maioria é tratada inapropriadamente (Dingemans et al., 2001).

Este achado, em nossa amostra, pode se dever ao fato de que, na fase inicial de tratamento, o foco da atenção incida sobre o alcoolismo, enquanto que a fobia social tende a ser vista como um problema secundário. Outro estudo mostrou que a prevalência de fobia social em uma amostra clínica aumenta nove vezes com o uso de entrevistas estruturadas, como o SCID-I, e que a identificação da fobia social somente ocorre quando esta é o motivo principal da consulta, mas que não seria detectada quando fosse um problema secundário. Entretanto, apenas 1% dos pacientes apresentavam fobia social como motivo principal da consulta, mas, de igual forma, gostariam de receber tratamento para o problema, não importando se esta era ou não a razão principal para o atendimento (Sheeran, Zimmerman, 2002).

Como a presença de transtorno depressivo entre os alcoolistas fóbicos sociais em nossa amostra foi elevada (48,6%), é possível que o quadro depressivo também tenha contribuído para o menor reconhecimento da fobia social. Outro estudo levanta a hipótese de que a ansiedade, quando induz depressão secundária, é muitas vezes mascarada por esta última e deixa de ser levada em conta na gênese do alcoolismo. Seus autores entendem que muitos pacientes depressivos, diagnosticados corretamente como tal, podem deixar de serem reconhecidos como sendo portadores de algum transtorno de ansiedade que o antecedeu, como, por exemplo, a fobia social (Matos et al., 1997).

As razões para o subdiagnóstico incluem: a falha dos médicos generalistas em reconhecer a fobia social; o mascaramento desta condição por outras comorbidades; o embaraço de externar a condição inerente aos pacientes com fobia social; e, até mesmo, o desconhecimento por parte dos mesmos de que este é um transtorno psiquiátrico. Enfim, a fobia social é quase sempre subestimada tanto pelos médicos quanto pelos pacientes (Lecrubier, 1998; Dingemans et al., 2001; Lydiard, 2001).

Os baixos índices de eficácia encontrados no tratamento de dependentes químicos poderiam, ao menos em parte, ser atribuídos à pouca atenção dispensada à comorbidade psiquiátrica nesses pacientes (Ross et cols., 1988). Frequentemente, o tratamento de indivíduos tanto com alcoolismo quanto com transtorno de ansiedade é dirigido para um ou para o outro quadro, sem levar em consideração a interação entre as duas condições. Assim, se o alcoolismo é o foco do tratamento, o quadro de ansiedade muitas vezes é desconsiderado e a necessidade de medicação não é avaliada. Por outro lado, se o transtorno de ansiedade é visto como foco, o alcoolismo frequentemente é desconsiderado (George et al., 1990).

Considerando-se que a maioria das fobias ocorre antes do início dos transtornos relacionados ao álcool, é importante o diagnóstico e o tratamento precoces da fobia social para diminuir o risco de abuso e dependência do álcool. Assim, deveria se fazer uma investigação maior em busca de transtornos fóbicos em pacientes com dependência de álcool e de alcoolismo em pacientes com transtornos fóbicos para possibilitar um melhor prognóstico. (Lecrubier, 1998; Lépine, Pelissolo, 1998; Sareen et al., 2001; Thase et al., 2001). Um outro motivo para ocorrer maior cuidado diagnóstico nesta comorbidade é o fato de sabermos que os alcoolistas fóbico-sociais apresentam maior gravidade da fobia social quando comparados aos não-alcoolistas (Schneier et al., 1989).

Uma das medidas de fobia social mais utilizadas é a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (Liebowitz, 1987). Trata-se de um questionário estruturado, composto por 24 ítems, que mede o medo e a evitação experimentados em situações sociais e de desempenho. Vários estudos avalizam o uso da escala para a identificação de pacientes com fobia social e de seu subtipo generalizado (Mennin et al., 2002). É possível também, através dela, detectar-se efeitos de tratamentos farmacológicos para fobia social, comparando-se grupos que recebem medicação com grupos placebo (Heimberg et al., 1999).

A Escala de Ansiedade Social de Liebowitz tem sido utilizada em vários países e em diferentes contextos. No entanto, não foi localizado nenhum estudo brasileiro a



respeito das propriedades psicométricas da escala. Foram, assim, empregados procedimentos para se avaliar a confiabilidade e a estrutura fatorial deste instrumento.

O método de consistência interna de alfa de Cronbach foi aplicado para se avaliar a confiabilidade. O problema da falta de confiabilidade tem sido uma preocupação especial dos pesquisadores que lidam com diagnósticos de transtornos que dependem de informações dadas por pacientes. Para melhorar a confiabilidade de avaliação destes transtornos, os pesquisadores têm reproduzido medidas na forma de ítems-sintomas que avaliam diferentes aspectos de um transtorno (Da Silveira, Jorge, 2002). Portanto, os escores de escalas de sintomas tendem a apresentar melhor confiabilidade do que ítems individuais, sendo que a melhora na confiabilidade é uma função direta do número de ítems na escala, desde que os ítems sejam correlacionados positivamente (Shrout, Yager, 1989). É importante se avaliar a confiabilidade das medidas uma vez que, de acordo com os princípios psicométricos, se a medida não é confiável, ela não pode ser considerada válida. Se os ítems de uma escala medem o mesmo constructo, então pode-se considerar a consistência interna da escala como sendo um bom índice de confiabilidade (Lord, Novick, 1968).

A consistência interna da escala de Liebowitz foi alta em nossa amostra (0,95), estando de acordo com o que tem sido relatado em outros estudos (Mennin et al., 2002; Heimberg et al., 1999). A versão turca da Escala de Liebowitz também indicou boa confiabilidade. Foi observado que a escala discriminava pacientes com fobia social generalizada de pacientes sem nenhum diagnóstico e também daqueles com outros diagnósticos de transtorno de ansiedade (Soykan et al., 2003). A versão francesa do instrumento mostrou boa validade e sensibilidade para detectar mudanças depois de terapia comportamental em fóbicos sociais (Yao et al., 1999). Em sua versão espanhola, a escala mostrou boa consistência interna e adequada validade e reprodutibilidade para o uso em pesquisa clínica e para a avaliação clínica de pacientes com fobia social (Bobes et al., 1999).

Foi também considerada um instrumento válido e confiável para a avaliação de fobia social em crianças (Masia-Warner et al., 2003). A escala, em sua versão auto-aplicada, da mesma forma, mostra boas propriedades psicométricas, como indicado

por resultados de confiabilidade teste-reteste, consistência interna e medidas de validade realizadas por outros pesquisadores (Fresco et al., 2001; Baker et al., 2002; Oakman et al., 2003).

A escala foi desenvolvida originariamente com subescalas separadas para a avaliação do medo e da evitação, envolvendo interação social e desempenho/observação pelos outros. Sua análise fatorial demonstrou que este modelo de 2 fatores não seria o mais adequado, sugerindo a necessidade de maior investigação da estrutura subjacente da escala. Uma análise fatorial separada exploratória das respostas relativas a medo e a evitação produziu 4 fatores: 1) “interação social”, 2) “falar em público”, 3) “ser observado pelos outros”, e 4) “comer e beber em público”, que demonstraram adequadas validades discriminante e convergente com outras medidas de ansiedade social. Estes achados sugerem que existiriam 4 categorias globais de medo social avaliados pela escala e que enquanto a ansiedade de interação social parece ser unifatorial, as situações de medo de desempenho / observação podem ser multifatoriais (Safren et al., 1999).

A análise fatorial realizada em nosso estudo definiu 5 fatores que abrangiam 52,9% do total da variabilidade dos dados. Esta análise difere do outro estudo já referido que resultou em 4 fatores (Safren et al., 1999). Os itens do fator 1 de Safren (interação social) ficaram distribuídos no fator III (interação social com pessoa desconhecida) e também nos fatores IV (atitude de discordância ou desaprovação) e V (interação social em atividade de lazer) do nosso estudo, enquanto que os itens do seu fator 2 (falar em público) ficaram dentro do fator I (falar em grupo). Os itens do fator 3 de Safren (medo de ser observado) estão distribuídos entre os fatores II (atividade em público) e IV (atitude de discordância ou enfrentamento) do estudo, e os itens do fator 4 (comer e beber em público) foram incluídos no fator II (atividade em público).

A análise confirma a idéia de que o modelo inicial composto por dois fatores não proporciona um adequado enquadramento para os dados (Safren et al., 1999). Maiores estudos são necessários para se verificar se estes fatores aqui identificados poderiam ser eventualmente usados como sub-escalas da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz.

O estudo apresenta algumas limitações como o fato da amostra ser composta basicamente de homens e por alcoolistas que estavam internados em três hospitais, o que pode dificultar a generalização dos dados para mulheres e para alcoolistas que seguem tratamento ambulatorial. Foram utilizados também instrumentos não-validados, mas eles pareceram preencher os objetivos para os quais estavam sendo empregados. Outro aspecto a ser apontado é que, visando diminuir as possíveis perdas, não foi feita a coleta de sangue dos pacientes para a verificação dos níveis de gama-GT, o que impossibilitou o uso da escala ESA em sua forma original, sendo possível levantar algumas dúvidas sobre a veracidade de alguns destes dados, uma vez que a amostra era composta por pacientes alcoolistas que podem apresentar déficits de memória devido ao uso de drogas e uma tendência à negação. No entanto, o teste gama-GT não tem mostrado sensibilidade elevada (40-75%) (Monteiro, Masur, 1985; Monteiro, Masur, 1986; Girela et al., 1994; Yersin et al., 1995) e as respostas dadas pelos pacientes pareciam confiáveis na grande maioria das vezes, segundo apreciação dos entrevistadores.

Alguns sintomas de abstinência podem ter sido confundidos com transtornos de ansiedade. No entanto, para minimizar este problema, os pacientes, quando hospitalizados, foram avaliados após estarem em abstinência há pelo menos uma semana, depois de transcorrido o período mais crítico de abstinência. Há evidências de que o consumo crônico de álcool possa aumentar a ansiedade e de que os sintomas de ansiedade diminuem depois de alguns meses de abstinência. A implicação destes achados é que os transtornos de ansiedade em muitos alcoolistas podem não existir de forma independente da dependência do álcool. Entretanto, eles não representam um especial desafio para a validade do diagnóstico duplo de fobia social e alcoolismo, uma vez que vários estudos mostram que o início da fobia social precede o começo do abuso do álcool na grande parte dos indivíduos afetados, sendo as idades médias do início da fobia social e da dependência do álcool separadas por pelo menos uma década (Thomas et al., 1999).

Quanto à Escala de Ansiedade Social de Liebowitz, também não se pode generalizar os resultados, sendo necessário a avaliação de suas propriedades psicométricas tanto na comunidade como em outras populações clínicas. Além disto, pode-se questionar se a dependência ao álcool poderia eventualmente influenciar os

aspectos psicopatológicos da fobia social, resultando em diferentes grupos de sintomas no caso desta condição comórbida específica.

Como aspectos positivos deste estudo, pode-se destacar o pequeno número de perdas, tendo em vista o tipo de população estudada, e o fato de ser um dos primeiros estudos prospectivos a investigar a abordagem desta comorbidade. Outro aspecto a ser destacado é que como foi um estudo longitudinal com desfechos subjetivos e, portanto, sujeitos a viéses de aferição, houve o cuidado de não se revelar os objetivos do estudo para os entrevistadores nas etapas de acompanhamento aos 3 e 6 meses.

Como sugestões para a continuidade do estudo, podemos destacar: avaliação mais detalhada das variáveis relacionadas com o desfecho abstinência ou recaída; um estudo mais aprofundado dos fatores envolvidos com o desfecho adesão a tratamento psicoterápico, procurando definir melhor a frequência de comparecimento e o tipo de psicoterapia empregada; uma avaliação mais detalhada das variáveis relacionadas com o desfecho adesão ao AA; um outro estudo com a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz, verificando-se sua sensibilidade e especificidade em comparação com o SCID-I, procurando traçar os melhores pontos de corte da escala para a detecção de fobia social em pacientes alcoolistas; uma melhor avaliação dos fatores de risco para adesão ou não ao AA; e um estudo mais aprofundado da Escala ESA.

## 6 CONCLUSÕES

1. Foram encontradas freqüências elevadas de transtornos de ansiedade, em particular da fobia social, e de transtornos depressivos em alcoolistas.
2. Os alcoolistas referiram melhorar dos sintomas fóbicos sociais durante a intoxicação pelo álcool e piorar durante a abstinência.
3. A fobia social tendeu a preceder o uso do álcool, o que reforça a hipótese do uso de álcool como auto-medicação.
4. O uso de medicação para fobia social em alcoolistas fóbicos sociais internados é pouco freqüente.
5. Os alcoolistas fóbicos sociais eram menos escolarizados e apresentavam, no momento da internação, um maior número de internações anteriores comparativamente aos alcoolistas não-fóbicos. Os alcoolistas com fobia social apresentavam mais freqüentemente comorbidades com transtornos depressivos, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade induzido por substância, fobia específica e transtorno de ansiedade de uma forma geral do que os alcoolistas não-fóbicos.
6. A fobia social não pôde ser considerada fator de risco para a recaída, sendo que a freqüência de recaída foi elevada tanto para os fóbicos como para os não-fóbicos.
7. A fobia social não interferiu de forma importante na adesão ao AA ou a tratamento psicoterápico. A adesão ao AA dos alcoolistas fóbicos tendeu a ser menor do que a dos não-fóbicos. Foi encontrada baixa adesão ao grupo de AA entre os alcoolistas, sendo inferior à adesão encontrada para tratamento psicoterápico. O período até três meses foi de fundamental importância para a definição da adesão ou não ao AA.
8. Entre os alcoolistas que aderiram ao grupo de AA, comparativamente aos não-fóbicos, os fóbicos sociais sentiam-se menos integrados ao grupo, procuravam se expôr menos e achavam, mais comumente, que sua freqüência de comparecimento ao AA era insuficiente.
9. A adesão ao AA e a presença de transtorno depressivo puderam ser definidos como fatores preditivos de abstinência entre os alcoolistas, enquanto que o fato do paciente ser solteiro e de já ter realizado tratamento anterior ao estudo foram associados a recaídas.

10. Foram definidos como fatores preditivos de adesão ao AA: a adesão inicial a tratamento psicoterápico e o fato do paciente ter segundo ou terceiro grau completo ou incompleto. Como fatores preditivos de adesão a tratamento psicoterápico destacaram-se: uma maior escolaridade, a presença de transtorno depressivo, a presença de dependência de outras drogas, o fato do paciente já ter feito um tratamento anterior e a adesão inicial ao AA. Como fator de não-adesão apareceu a presença de transtorno de ansiedade induzido por substância.
11. A Escala de Ansiedade Social de Liebowitz apresentou consistência interna elevada, medida através do alfa de Cronbach, e sua análise fatorial resultou em solução de 5 dimensões. A escala mostrou-se adequada para uso em populações de alcoolistas.

**7 ANEXOS****Anexo 1 - Questionário baseado no SCID-I****A) Dados gerais:**

I) Idade

II) Sexo

III) Estado Civil 1 - solteiro

2 - casado ou vivendo com alguém como se fosse casado

3 - viúvo

4 - divorciado

5 - separado

IV) Nível Educacional 1 - primeiro grau completo

2 - primeiro grau incompleto

3 - segundo grau completo

4 - segundo grau incompleto

5 - terceiro grau completo

6 - terceiro grau incompleto

V) Procedência

VI) Profissão

1) Você estava trabalhando antes da internação?

2) Você já fez algum tratamento anteriormente? Já esteve internado anteriormente?  
Quantas vezes?

3) Você tem algum problema físico?

4) Você está fazendo uso de alguma medicação?

5) Se sim: Quais e com que frequência?

**B) Dependência de substâncias psicoativas:**

6) Quando você começou a usar drogas?

7) O que estava acontecendo em sua vida, quando o uso de drogas começou?

8) Você tinha, na época, crises fortes de ansiedade ou temia situações sociais?

9) Depois que você começou a usar drogas, teve crises fortes de ansiedade ou começou a temer situações sociais?

- 10) Que tipo de droga você estava usando antes da internação?
- 11) Qual a quantidade de droga que você estava usando aproximadamente?
- 12) Você tem algum familiar que é alcoolista?

**C) Critérios para dependência:**

- 13) Você sentia a necessidade de ingerir quantidades progressivamente maiores de droga para ficar intoxicado ou adquirir o efeito desejado, ou sentia uma acentuada redução de efeito, com o uso da mesma quantidade de droga?
- 14) Você sentia sintomas de abstinência quando ficava sem usar a droga, ou a droga era consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência?
- 15) Você consumia a droga em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido?
- 16) Você tinha o desejo ou esforçava-se de forma mal sucedida no sentido de reduzir ou controlar o uso da droga?
- 17) Você gastava muito tempo em atividades necessárias para a obtenção da droga, na utilização da droga ou na recuperação de seus efeitos?
- 18) Você reduzia ou abandonava importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas em virtude do uso de droga?
- 19) Você usava a droga de forma contínua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tendia a ser causado ou exacerbado pela droga?

**D) Fobia social**

- 20) Existia algo que você tinha receio de fazer ou se sentia desconfortável em fazer na frente das outras pessoas, como falar, comer ou escrever?  
Fale-me sobre isso.
- 21) O que você tinha medo que acontecesse quando (situação fóbica)?
- 22) Se falar em público somente: você pensa que fica muito mais desconfortável do que a maioria das pessoas, quando estão na mesma situação?
- 23) Você sempre sentiu ansiedade quando (confrontou estímulos fóbicos)?
- 24) Você pensou que estava com mais medo de (atividade fóbica) do que deveria estar ou do que seria razoável?
- 25) Se não óbvio: você mudou o seu caminho para evitar (situação fóbica)?
- 26) Se não: o quão difícil é para você (atividade fóbica)?



- 27) Se não claro se o medo era clinicamente significativo: o quanto (situação fóbica) interfere com a sua vida?
- 28) Se não interfere com a vida: o quanto o fato de ter esse medo o incomoda?
- 29) Se idade inferior a 18 anos: durante quanto tempo você teve esses medos?
- 30) Imediatamente antes de você começar a sentir esses medos, você estava tomando drogas, cafeína, pílulas para dieta ou outros medicamentos? Qual a quantidade de café que toma por dia?
- 31) Imediatamente antes dos medos começarem você estava fisicamente doente?

**E) Cronologia da fobia social:**

- 32) Durante o mês passado você foi incomodado por (situação fóbica)?
- 33) Quando foi a última vez que você teve (qualquer sintoma de fobia social)?
- 34) Quantos anos você tinha quando começou a ter (sintomas de fobia social)? Você já usava drogas?
- 35) Em relação ao uso de drogas, em que circunstâncias ocorre a fobia social?
- 36) Na fase de intoxicação, melhora ou piora da fobia social?
- 37) Na fase de abstinência, melhora ou piora da fobia social?

**F) Transtorno de pânico:**

- 38) Você já sofreu um ataque de pânico, quando, subitamente, sentiu medo, ansiedade ou, subitamente, desenvolveu muitos sintomas físicos?
- 39) Se sim: esses ataques, algumas vezes, surgiram inteiramente do “nada”, em situações nas quais você não esperava sentir nervosismo ou desconforto?
- 40) Se não claro: quantos desses ataques você teve? Pelo menos dois?
- 41) Depois de algum desses ataques, você se preocupou com a possibilidade de algo terrível estar errado com você, como estar sofrendo um ataque cardíaco ou estar ficando louco? Por quanto tempo você se preocupou? Durante pelo menos um mês?
- 42) Se não: você se preocupou muito com sofrer um outro ataque? Por quanto tempo você se preocupou? Durante pelo menos um mês?
- 43) Se não: você fez algo diferente por causa dos ataques? Como evitar certos lugares ou não sair sozinho? E sobre evitar certas atividades como exercícios físicos? E sobre coisas como estar sempre verificando se está perto de um banheiro ou de uma saída?

- 44) Quando foi o último ataque grave? O que você notou que aconteceu primeiro? E aí, o que aconteceu?
- 45) Se desconhecido: os sintomas começaram subitamente?
- 46) Durante este ataque o seu coração disparou, palpitou ou falhou?
- 47) Você suou?
- 48) Você tremeu ou teve abalos?
- 49) Você sentiu falta de ar? Teve dificuldades em tomar fôlego?
- 50) Você sentiu que estava em asfixia?
- 51) Você sentiu dor ou pressão no peito?
- 52) Você sentiu náuseas ou desconforto no estômago ou a sensação que estava para ter diarreia?
- 53) Você sentiu tontura, desequilíbrio ou como se fosse desmaiar?
- 54) As coisas a sua volta pareceram irreais ou você se sentiu desligado das coisas a sua volta ou desligado de partes do seu corpo?
- 55) Você teve medo de estar ficando louco, de estar perdendo o controle?
- 56) Você teve medo de que poderia morrer?
- 57) Você sentiu formigamento ou insensibilidade em partes do seu corpo?
- 58) Você sentiu calafrios ou ondas de calor?
- 59) Imediatamente antes de começar a sofrer ataques de pânico, você estava tomando medicamentos, pílulas para dieta, cafeína? Qual a quantidade de café que você toma por dia?
- 60) Imediatamente antes dos ataques, você estava fisicamente doente?

**G) Cronologia do transtorno de pânico:**

- 61) Durante o último mês, quantos ataques de pânico você teve?
- 62) Quando foi a última vez que você teve qualquer sintoma de um transtorno de pânico?
- 63) Quantos anos você tinha quando começou a ter ataques de pânico? Você já usava drogas?
- 64) Em que circunstâncias, ocorreu o primeiro ataque?
- 65) Foi espontâneo, durante fase de intoxicação ou abstinência?
- 66) Em que circunstâncias, ocorreram a maior parte dos ataques de pânico?
- 67) Foram espontâneos, durante fase de intoxicação ou abstinência?

**H) Agorafobia sem história de Transtorno de Pânico**

- 68) Você já teve medo de sair de casa sozinho, estar em multidões, esperar em uma fila ou viajar em ônibus ou em trens?
- 69) Você evita essas situações?
- 70) Se não: Quando você está em uma dessas situações, sente-se muito desconfortável ou como se fosse ter um ataque de pânico?
- 71) Imediatamente antes de você começar a sentir esses medos, você estava tomando drogas, cafeína, pílulas para dieta ou outros medicamentos?
- 72) Imediatamente antes dos medos começarem você estava fisicamente doente?
- 73) Se sim: o que disse o médico?
- 74) Durante o último mês você tem evitado (situações fóbicas)?
- 75) Quando foi a última vez que você teve (qualquer sintoma de agorafobia)?
- 76) Quantos anos você tinha quando começou a ter (sintomas de agorafobia)?

**I) Fobia Específica**

- 77) Existem outras coisas das quais você especialmente tem medo tais como voar, ver sangue, levar um tiro, lugares altos, lugares fechados, ou certos tipos de animais ou insetos? Fale-me sobre isto.
- 78) O que você tinha medo que acontecesse quando (confrontado com o estímulo fóbico)?
- 79) Você sempre se sentiu amedrontado quando você (confrontado com o estímulo fóbico)?
- 80) Você pensou que estava com mais medo do (estímulo fóbico) do que deveria estar ou do que seria razoável?
- 81) Se não óbvio: você mudou o seu caminho para evitar \_\_\_\_\_?
- 82) Se não: o quanto difícil é para você \_\_\_\_\_?
- 83) Se não claro se o medo era clinicamente significativo: o quanto \_\_\_\_\_ interfere com a sua vida?
- 84) Se não interfere com a vida: o quanto o fato de ter esse medo o incomoda?
- 85) Durante o último mês você foi incomodado por (fobia específica)?
- 86) Quando foi a última vez que você teve (qualquer sintoma de fobia específica)?
- 87) Se desconhecido: quantos anos você tinha quando começou a ter (sintomas de fobia específica)?

**J) Transtorno Obsessivo - Compulsivo**

- 88) Você já foi incomodado por pensamentos que não faziam qualquer sentido e continuavam vindo mesmo quando você tentava não tê-los? O que eram eles?
- 89) Se o entrevistado não está seguro: pensamentos como machucar alguém apesar de você realmente não querer isso ou ser contaminado por germes ou sujeira?
- 90) Quando você tinha esses pensamentos você se esforçava para tirá-los da cabeça? O que você tentava fazer?
- 91) Se não claro: de onde você pensa que esses pensamentos vinham?
- 92) Existia algo que você tinha de fazer, repetidas vezes, e não podia resistir a fazer, como lavar as mãos de novo e de novo, contar até um certo número ou verificar alguma coisa várias vezes para se certificar de que tinha feito certo?
- 93) O que você tinha de fazer?
- 94) Se não claro: por que você tinha de fazer (ato compulsivo)? O que iria acontecer se você não fizesse isso?
- 95) Se não claro: quantas vezes você faria (ato compulsivo)? Quanto tempo do dia você gastaria fazendo isso?
- 96) Você já pensou sobre (pensamentos obsessivos), realizou (atos compulsivos) mais do que deveria ou do que faria sentido?
- 97) Quando você começou a ter esse problema?
- 98) Que efeito teve essa (obsessão ou compulsão) na sua vida? A (obsessão ou compulsão) perturbou muito você?
- 99) Quanto tempo você gasta com (obsessão ou compulsão)?
- 100) Imediatamente antes de você começar a ter (obsessões ou compulsões) você estava tomando drogas ou medicamentos?
- 101) Imediatamente antes das (obsessões ou compulsões) começarem, você estava fisicamente doente? O que disse o médico?
- 102) Quando foi a última vez que você teve (qualquer sintoma de obsessões ou compulsões)?

**K) Transtorno de Estresse Pós-Traumático**

- 103) Às vezes acontecem coisas com as pessoas que são extremamente perturbadoras como estar em uma situação de ameaça à vida como um desastre maior, acidente muito sério ou fogo; ser agredido fisicamente ou violentado; ver uma outra pessoa assassinada ou morta, ou gravemente machucada, ou escutar sobre algo

horrível que aconteceu com alguém próximo a você. Em alguma época da sua vida alguma coisa desse tipo aconteceu com você?

104) Se algum evento foi listado: às vezes essas coisas ficam voltando em pesadelos, flash-backs ou pensamentos dos quais você não pode se livrar. Isso já aconteceu com você?

105) Se não: e sobre ficar muito perturbado quando você estava em uma situação que o lembrava de uma dessas coisas terríveis?

106) Se não claro: como você reagiu quando (trauma) aconteceu? (Você ficou com muito medo ou sentiu-se aterrorizado ou impotente?)

107) Você pensou sobre (trauma) quando você não queria ou pensamentos sobre o (trauma) vieram subitamente a você quando você não queria?

108) E sobre ter sonhos sobre o (trauma)?

109) E sobre se encontrar agindo ou sentindo como se você estivesse de volta na situação?

110) E sobre ficar muito perturbado quando alguém o lembra do (trauma)?

111) E sobre sentir sintomas físicos como ter uma crise de sudorese, respirar de modo pesado ou irregular ou sentir o seu coração palpitando ou acelerando?

### **Desde o (trauma)...**

112) ...você fez algum esforço especial para evitar pensar ou falar sobre o que aconteceu?

113) ...você ficou longe de coisas ou pessoas que o lembravam do (trauma)?

114) ...você tem sido incapaz de lembrar alguma parte importante do que aconteceu?

115) ...você tem estado muito menos interessado em fazer coisas que considerava importantes, como ver amigos, ler livros, ou ver televisão?

116) ...você tem se sentido distante ou rejeitado pelos outros?

117) ...você tem se sentido “embotado” ou como se não tivesse mais sentimentos sobre qualquer coisa ou sentimentos de amor por alguém?

118) ...você notou uma mudança na maneira como você pensa sobre ou planeja o futuro?

### **Desde o (trauma)...**

119) ...você tem tido dificuldades para dormir? (que tipo de dificuldade)?

120) ...você tem estado particularmente irritável?

121) ...você tem tido dificuldades para se concentrar?

122) ...você tem estado super-atento ou em guarda mesmo quando não há razão para isso?

123) ...você tem estado assustado ou facilmente sobressaltado, como por ruídos súbitos?

124) Durante quanto tempo esses problemas (cite sintomas positivos do transtorno de estresse pós-traumático) duraram?

125) Se não claro: durante o mês passado você teve (sintomas do transtorno de estresse pós-traumático)?

126) Quando foi a última vez que você teve (qualquer sintoma de transtorno de estresse pós-traumático)?

127) Se desconhecido: quantos anos você tinha quando começou a ter (sintomas do transtorno de estresse pós-traumático)?

#### **L) Transtorno de Ansiedade Generalizada**

128) Nos últimos seis meses você tem estado particularmente nervoso ou ansioso?

129) Você também se preocupa muito com coisas ruins que poderiam acontecer?

130) Se sim: com o que você se preocupa? O quanto você se preocupa com (eventos ou atividades)?

131) Durante os últimos seis meses, você diria que esteve se preocupando (mais dias do que não)?

132) Quando você estava se preocupando dessa maneira você descobriu que é difícil parar com isso?

133) Quando começou essa ansiedade?

Pensando sobre o período nos últimos seis meses quando se sentia nervoso ou ansioso:

134) Você sentia-se fisicamente inquieto, sem poder ficar parado?

135) Você se sentia freqüentemente com os nervos a flor da pele?

136) Você estava freqüentemente cansado?

137) Você tinha dificuldades para se concentrar ou tinha sensações de branco na cabeça?

138) Você estava freqüentemente irritável?

139) Os seus músculos estavam freqüentemente tensos?

140) Você freqüentemente tinha dificuldades para conciliar ou manter o sono?

141) Se não claro: que efeito a ansiedade, preocupação ou (sintomas físicos) tiveram

na sua vida? Tornaram mais difícil para você trabalhar ou estar com amigos?

142) Imediatamente antes de você começar a sentir esses medos, você estava tomando drogas, cafeína, pílulas para dieta ou outros medicamentos?

143) Imediatamente antes dos medos começarem você estava fisicamente doente? O que disse o médico?

144) Se desconhecido: que idade você tinha quando começou a ter (sintomas do transtorno de ansiedade generalizada)?

#### **M) Transtorno de Ansiedade devido a condição médica geral (CMG)**

145) Os (sintomas de ansiedade) começaram ou ficaram muito piores somente depois que a (CMG) teve início?

146) Se a CMG remitiu: os (sintomas de ansiedade) melhoraram assim que a (CMG) melhorou?

#### **N) Transtorno de Ansiedade induzido por substância**

147) Se não conhecido: quando os (sintomas de ansiedade) começaram?

148) Você já estava usando (substância) ou tinha parado ou diminuído o uso?

149) Se desconhecido: o que veio primeiro, o (uso de substância) ou os (sintomas de ansiedade)?

150) Se desconhecido: houve um período de tempo quando você parou de usar (substância)?

151) Se sim: depois que você parou de usar (substância) os (sintomas de ansiedade) melhoraram ou continuaram?

152) Se desconhecido: quanto da (substância) você estava usando quando começou a ter (sintomas de ansiedade)?

153) Se desconhecido: você já teve outros episódios de (sintomas de ansiedade)?

154) Se sim: quantos? Você estava usando (substância) nesses períodos?

155) Se desconhecido: o quanto os (sintomas de ansiedade) interferiram com sua vida? (tornaram mais difícil para você trabalhar ou estar com amigos)?

#### **O) Transtorno depressivo**

156) Você alguma vez passou por um período de tempo em que se sentiu deprimido ou “para baixo” na maior parte do dia, quase todos os dias?

157) Se sim: quanto tempo isso durou? Persistiu por duas semanas?

- 158) E sobre perder o interesse ou prazer nas coisas das quais você gosta habitualmente?
- 159) Se sim: isso era assim quase todo dia? Quanto tempo isso durou? Persistiu por duas semanas?
- 160) Você perdeu ou ganhou peso? Quanto?
- 161) Como estava o seu apetite?
- 162) Como você tem dormido?
- 163) Você estava tão agitado ou inquieto que ficou impossível ficar sentado?
- 164) Se não: e o oposto, falar ou se mover de modo mais lento do que é normal para você?
- 165) Como estava a sua energia?
- 166) Durante esse tempo, como você se sentiu a respeito de si próprio?
- 167) Se não: e sobre se sentir culpado por coisas que você fez ou não fez?
- 168) Você teve dificuldades para pensar ou se concentrar?
- 169) Estava tudo tão ruim que você esteve pensando muito sobre morte ou se seria melhor “morrer”? Você pensou em se matar?
- 170) Se sim: você fez alguma tentativa de se matar?
- 171) O episódio depressivo tornou difícil para você trabalhar, fazer as coisas em casa ou se relacionar com as outras pessoas?
- 172) Imediatamente antes disso começar você estava fisicamente doente?
- 173) Se sim : o que o médico disse?
- 174) Imediatamente antes disso começar você estava bebendo ou usando alguma droga?
- 175) Isso começou logo depois que morreu alguma pessoa ligada a você?

#### **P) Transtorno Distímico**

- 176) Se não ocorreu episódio depressivo maior nos últimos anos: durante os últimos dois anos você tem sido incomodado por humor deprimido, na maior parte do dia, na maioria dos dias?
- 177) Se sim: como era isso?
- 178) Se episódio depressivo maior atual: durante os dois anos anteriores ao episódio depressivo atual, você estava incomodado por humor deprimido, na maior parte do dia, na maioria dos dias?
- 179) Se episódio depressivo maior passado nos últimos dois anos: desde o episódio



depressivo maior, você ainda continuou a ser incomodado por humor depressivo na maior parte do dia, na maioria dos dias?

180) Se sim: durante os dois anos anteriores ao episódio depressivo maior, você era incomodado por humor deprimido, na maior parte do dia, na maioria dos dias?

Durante esses períodos de (próprias palavras para depressão crônica), você freqüentemente:

181) Perde o apetite? E sobre comer demais?

182) Tem dificuldade para dormir ou dorme demais?

183) Tem pouca energia para fazer as coisas ou sente-se muito cansado?

184) Sente-se “para baixo” em relação a si mesmo? (Sente-se sem valor ou um fracasso)?

185) Tem dificuldade para se concentrar ou tomar decisões?

186) Sente-se sem esperança?

187) Qual foi o período de tempo mais longo (durante esse período de depressão muito duradoura) no qual você se sentiu ok?

188) Há quanto tempo você está se sentindo dessa maneira? Quando isto começou?

189) Se um episódio depressivo maior precede os sintomas distímicos: você voltou completamente ao seu estado normal depois do (episódio depressivo maior) que você sofreu, antes desse longo período de estar moderadamente deprimido?

190) Imediatamente antes disso começar, você estava fisicamente doente?

191) Imediatamente antes disso começar, você estava usando alguma medicação?

192) Imediatamente antes disso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga?

193) Se não claro: o quanto os seus sentimentos deprimidos interferem com sua vida?

## Anexo 2 - Escala de Ansiedade Social de Liebowitz

Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Aplicador \_\_\_\_\_

MEDO ou ANSIEDADE	EVITAÇÃO
0 = Nenhum	0 = Nunca
1 = Leve	1 = Ocasionalmente
2 = Moderado	2 = Frequentemente
3 = Intenso	3 = Geralmente

1. Telefonar em público (P)		
2. Participar de pequenos grupos (P)		
3. Comer em locais públicos (P)		
4. Beber com outros em locais públicos (P)		
5. Falar com pessoas em posição de autoridade (S)		
6. Agir, realizar ou falar em frente a uma audiência (P)		
7. Ir a uma festa (S)		
8. Trabalhar sendo observado (P)		
9. Escrever sendo observado (P)		
10. Chamar alguém que você não conhece muito bem (S)		
11. Falar com pessoas que você não conhece muito bem (S)		
12. Encontrar com estranhos (S)		
13. Urinar em banheiro público (P)		
14. Entrar em uma sala onde outros já estão sentados (P)		
15. Ser o centro das atenções (S)		
16. Falar em uma reunião (P)		
17. Fazer uma prova (P)		
18. Expressar uma discordância ou desaprovação para pessoas que você não conheça bem (S)		
19. Olhar nos olhos de pessoa que você não conheça bem (S)		
20. Relatar algo para um grupo (P)		
21. Tentar paquerar alguém (P)		
22. Devolver mercadorias para uma loja (S)		
23. Dar uma festa (S)		
24. Resistir as pressões de um vendedor (S)		
ESCORE TOTAL		
ANSIEDADE DE PERFORMANCE (P)		
ANSIEDADE SOCIAL (S)		

### Anexo 3 - Escala de Seguimento de Alcoolistas (ESA)

#### Andrade (1991)

	Consumo Alcoólico	Ocupação	Relações familiares	Lazer
<b>Nota</b>	<b>Como está sendo o seu consumo alcoólico? (últimas 4 semanas).</b>	<b>Em relação ao trabalho, como o Sr. tem se mantido? (últimas 4 semanas).</b>	<b>Com quem o Sr. Tem morado? (últimas 4 semanas).</b>	<b>Como o Sr. tem ocupado o seu tempo livre? (últimas 4 semanas).</b>
1	Bebendo "direto", com vários episódios de embriaguez - vem embriagado à consulta.	Não trabalha, abandonou suas atividades, ou perdeu o emprego, ou não recebe rendimento algum.	Não tem onde morar.	Passatempo principal é a bebida.
2	Bebendo diariamente, com poucos episódios de embriaguez.	Atividades e/ou sustento passaram para a responsabilidade de outra pessoa.	Mora com familiares, em situação de isolamento, ou tem onde morar, mas não é sua casa.	Atividade de lazer, somente quando estimulado.
3	Bebendo várias vezes na semana.	Atividade irregular (vive de bicos).	Mora com familiares, com agressões físicas. (relacionadas ao uso de álcool).	Atividades de rotina, ou interesses específicos.
4	Bebedor moderado (ocasional).	Atividades regulares, mas com dificuldade na realização das tarefas.	Mora com familiares, com agressões verbais. (relacionadas ao uso de álcool).	Atividade gratificante, esporádica, ou inicia atividades de interesse.
5	Abstinência.	Trabalho estável.	Situação familiar estável.	Atividade gratificante, regularmente.

Consumo = \_\_\_ x 5 = \_\_\_

Ocupação = \_\_\_ x 3 = \_\_\_

Relações familiares = \_\_\_ x 4 = \_\_\_

Lazer = \_\_\_ x 1 = \_\_\_

Escore Total = \_\_\_\_\_

## Anexo 4 - Escala de Seguimento de Mulheres Alcoolistas (ESA - Mulheres)

### Hochgraf (1995)

	Consumo Alcoólico	Ocupação	Relações familiares	Lazer
<b>Nota</b>	<b>Como está sendo o seu consumo alcoólico? (últimas 4 semanas).</b>	<b>Em relação ao trabalho, como a Sra. tem se mantido? (últimas 4 semanas).</b>	<b>Com quem a Sra. tem morado? (últimas 4 semanas).</b>	<b>Como a Sra. tem ocupado o seu tempo livre? (últimas 4 semanas).</b>
1	Bebendo "direto", com vários episódios de embriaguez - vem embriagada à consulta.	Não trabalha, abandonou suas atividades, ou perdeu o emprego, ou não recebe rendimento algum.	Não tem onde morar.	Passatempo principal é a bebida.
2	Bebendo diariamente, com poucos episódios de embriaguez.	Atividades e/ou sustento passaram para a responsabilidade de outra pessoa.	Mora com familiares, em situação de isolamento, ou tem onde morar, mas não é sua casa.	Atividade de lazer, somente quando estimulada.
3	Bebendo várias vezes na semana.	Atividade útil (trabalho), esporádica.	Mora com familiares, com agressões físicas. (relacionadas ao uso de álcool).	Atividades de rotina, ou interesses específicos.
4	Bebedora moderada (ocasional).	Tem negligenciado seu trabalho ou atividades domésticas.	Mora com familiares, com agressões verbais. (relacionadas ao uso de álcool).	Atividade gratificante, esporádica, ou inicia atividades de interesse.
5	Abstinência.	Trabalho estável.	Situação familiar estável.	Atividade gratificante, regularmente.

Consumo = \_\_\_ x 5 = \_\_\_

Ocupação = \_\_\_ x 3 = \_\_\_

Relações familiares = \_\_\_ x 4 = \_\_\_

Lazer = \_\_\_ x 1 = \_\_\_

Escore Total = \_\_\_\_\_

**Anexo 5 - Questionário sobre participação no AA**

- 1) O tratamento em AA foi indicado por seu médico? **Se não, encerre o questionário.**  
sim - 1, não - 0
- 2) Você tem ido ao AA? **Se não, pule para questão 5.**  
sim - 1, não - 0
- 3) Com que freqüência?  
duas ou mais vezes por semana - 4, semanalmente - 3, quinzenalmente - 2, mensalmente - 1, menos do que uma vez por mês - 0
- 4) Você acha que esta freqüência é adequada ou é menor do que seria indicado? **Pule para a questão 6.**
- 5) Por qual motivo? **Pule para a questão 13**
- 6) Como você se sente ao participar do AA?  
bem, integrado ao grupo - 2; regular, parcialmente integrado ao grupo - 1; mal, desintegrado do grupo - 0
- 7) Você pensa que sai de uma reunião melhor do que quando entrou?  
sim - 1, não - 0
- 8) Você sente-se membro do grupo?  
sim - 1, não - 0
- 9) O que você pensa que é ser membro do grupo?
- 10) Pelos depoimentos, você acaba se interessando pela vida dos companheiros?  
sim - 1, não - 0
- 11) Você está tentando utilizar os passos do AA?  
sim - 1, não - 0
- 12) No AA, você faz uso da cabeceira de mesa ou prefere apenas ouvir os depoimentos?  
sim - 1; não, só ouve - 0
- 13) Após a alta, você chegou a beber alguma vez? **Se não, encerre o questionário e marque nunca nas questões 14 e 15 e não na questão 16.**  
não - 1, sim - 0
- 14) Com que freqüência?  
nunca - 4, uma vez - 3, duas a cinco vezes - 2, seis a dez vezes - 1, mais do que dez vezes - 0

15) Durante quanto tempo?

nunca - 5, um dia - 4, de dois dias a uma semana - 3, de uma a duas semanas - 2,  
de duas semanas a um mês - 1, mais de um mês - 0

16) Você deixou de ir ao AA por estar bebendo?

não - 1, sim - 0

## **Anexo 6 - Perguntas Específicas**

### **1 - Uso de medicação**

-Você está fazendo uso de alguma medicação?

Se sim: quais e com que frequência?

### **2 - Participação em tratamento psicoterápico**

-Você está fazendo tratamento psicoterápico?

Se sim: que tipo e com que frequência?

### **3 - Confiança do entrevistador**

- Você confia nas respostas dadas pelo entrevistado?

## Anexo 7 - Teste Kappa utilizado para avaliação da concordância no uso do SCID-I

$$\text{Kappa} = \frac{[2(a.d-b.c)]}{p^1.q^2+p^2.q^1}$$

a	b	p <sup>1</sup>
c	d	q <sup>1</sup>
p <sup>2</sup>	q <sup>2</sup>	Total

### Pesquisador

Entrevistador  
1

	Sim	Não	
Sim	17	1	18
Não	0	8	8
	17	9	

$$\text{Kappa}^1 = \frac{[2(17.8-1.0)]}{18.9+17.8} = \frac{272}{298} = 0,91$$

### Pesquisador

Entrevistador  
2

	Sim	Não	
Sim	10	0	10
Não	1	12	13
	11	12	

$$\text{Kappa}^2 = \frac{[2(10.12-1.0)]}{10.12+11.13} = \frac{240}{263} = 0,91$$



		Pesquisador		
		Sim	Não	
Entrevistador 3	Sim	12	1	13
	Não	1	6	7
		13	7	

$$Kappa^3 = \frac{[2(12 \cdot 6 - 1 \cdot 1)]}{13 \cdot 7 + 13 \cdot 7} = \frac{142}{182} = 0,78$$

$$\frac{Kappa^1 + Kappa^2 + Kappa^3}{3} = \frac{0,91 + 0,91 + 0,78}{3} = 0,86$$

## **Anexo 8 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Paciente**

**Título da Pesquisa:** Fobia social e alcoolismo: um estudo da comorbidade

### **1 - Justificativa e objetivos da pesquisa:**

Pacientes alcoolistas com fobia social podem necessitar de uma abordagem individualizada e podem apresentar uma maior dificuldade para se enquadrar no tratamento em grupo de um programa para recuperação de dependência química e para participar de reuniões de alcoólicos anônimos (AA), quando existe uma maior exposição social, como o fato de ter que falar na cabeceira de mesa. Com este estudo, poderá se avaliar a necessidade de se desenvolver um programa individualizado de tratamento para esse importante grupo de pacientes com fobia social coexistente com alcoolismo. O objetivo do estudo é investigar a associação entre a fobia social e o alcoolismo.

### **2 - Procedimento a ser usado:**

Você será entrevistado, em um primeiro momento, ainda quando estiver internado, por um período de aproximadamente 1 hora, mas poderá encerrar a entrevista no momento em que desejar. Terá liberdade de perguntar o que quiser e será respondido da melhor forma possível. Em um segundo e terceiro momentos, será contatado por telefone e, se concordar, serão marcadas mais duas entrevistas no período de 3 meses e de 6 meses após a alta, em sua residência, se isto não vier a lhe causar nenhum constrangimento.

### **3 - Garantias de liberdade de escolha e privacidade:**

Você é totalmente livre para participar ou não desta pesquisa. Mesmo que sua participação seja muito importante para a realização deste estudo, você poderá, se assim desejar, interrompê-la em qualquer momento da pesquisa, sem que isto implique em qualquer penalidade ou constrangimento a sua pessoa. A participação ou não nesta pesquisa não prejudicará em nada seu atendimento e tratamento.

É garantido que tudo o que você disser será mantido em completo sigilo, inclusive respeitando-se sempre os aspectos éticos da pesquisa. Em nenhum momento, ao se escrever o estudo, você será identificado.

#### **4 - Riscos e benefícios:**

O estudo apresenta riscos mínimos aos pacientes. Como benefício, se poderá, ao final do estudo, melhor compreender a relação da fobia social com o alcoolismo, e as causas de abandono e de não-participação de pacientes alcoolistas nos grupos de AA. A pesquisa também proporcionará um maior conhecimento da evolução do tratamento dos pacientes alcoolistas fóbicos sociais, o que poderá levar a um melhor atendimento a este importante subgrupo de pacientes.

Eu, \_\_\_\_\_ (paciente) fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi todas as informações que julguei necessárias e esclareci minhas dúvidas. Poderei solicitar, a qualquer momento, novas informações e modificar minha decisão de participar da pesquisa, se assim o desejar. Fui informado pelo Dr. Mauro Terra (pesquisador responsável) ou por psiquiatras colaboradores da pesquisa de que todos os dados serão confidenciais, bem como o meu tratamento não será modificado em razão desta. Estou ciente de que poderei retirar meu consentimento em participar da pesquisa, ou suspender as entrevistas, no momento que eu quiser.

Posso falar com o Dr. Mauro Terra para esclarecimentos sobre esta pesquisa e perguntar sobre meus direitos como participante deste estudo a qualquer momento pelo telefone (51) 33 467449.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Nome do paciente - \_\_\_\_\_**

**Assinatura - \_\_\_\_\_**

**Nome do pesquisador - \_\_\_\_\_**

**Assinatura - \_\_\_\_\_**

**Data da entrevista - \_\_\_\_\_**

**Anexo 9 - Artigo Submetido nº1 para a Revista: Psychiatry Research****Social Anxiety Disorder in Three Hundred Patients Hospitalized for Alcoholism in Brazil: High Prevalence and Undertreatment**

**Terra MB<sup>1</sup>, Barros HMT<sup>2</sup>, Stein A<sup>3</sup>, Figueira I<sup>4</sup>, Jorge MR<sup>5</sup>, Palermo LH<sup>6</sup>, Athayde LD<sup>6</sup>, Gonçalves MS<sup>6</sup>, Spanenberg L<sup>7</sup>, Possa MA<sup>7</sup>, Daruy Filho L<sup>7</sup>, Da Silveira DX<sup>5</sup>**

1 -Substitute Professor of the Department of Psychiatry and Forensic Medicine, Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA).

Doctoral Student of Psychiatry at the Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

2 - Full Professor of the Department of Pharmacology , FFFCMPA

3 - Full Professor of the Department of Preventive Medicine, FFFCMPA

4 - Adjunct Professor of the Institute of Psychiatry, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

5 - Professor of the Department of Psychiatry, UNIFESP

6 - Psychiatrist by the FFFCMPA

7 - Medical Student at the FFFCMPA

**Institutions:** Department of Psychiatry and Forensic Medicine of the Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre / Department of Psychiatry of the Universidade Federal de São Paulo

**Mailing address:**

Mauro Barbosa Terra

Department of Psychiatry and Forensic Medicine of Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre

R. Sarmento Leite, 245 - Centro - Porto Alegre - Brazil

CEP: 90050-170/ Telephone: 55-51-33347471/ E-mail: mabarte@portoweb.com.br

**ABSTRACT**

**Introduction:** Although the frequency of social phobia is high among alcoholics, this anxiety disorder is often neglected because treatment tends to be focused exclusively on alcohol dependence.

**Methods:** A total of 300 hospitalized alcoholic patients were interviewed using SCID-I and Liebowitz's Scale as well a questionnaire to check the use of medication for social phobia among social-phobic alcoholics and the relationship between social phobia and alcohol use.

**Results:** A prevalence of 30.6% was found for specific phobia, 24.7% for social phobia, 22.2% for anxiety disorder induced by alcohol, 19.3% for generalized anxiety disorder, 5% for obsessive-compulsive disorder, 4.6% for posttraumatic stress disorder, and 2% for panic disorder with agoraphobia. Social phobia preceded alcohol dependence in 90.2% of the patients. The frequency of the use of medication for social phobia among social phobic alcoholics was 20.3%.

**Conclusions:** The study confirms the high prevalence of anxiety disorders among alcoholics, particularly of social phobia. It also suggests social phobia precedes alcohol dependence, but shows that the use of medication for social phobia is still infrequent. Further studies are required to check if the failure to identify this co-morbidity can make the recovery of alcoholics even more difficult.

**Keywords:** social phobia, alcohol, anxiety disorder, comorbidity, prevalence, treatment, specific phobia.

## Introduction

The occurrence of anxiety disorders and disorders due to alcohol abuse or dependence in the same patient, characterizing a comorbidity, has been the object of many studies. The early works performed in this regard found an increased frequency of this comorbidity among specific populations in therapeutic settings for the treatment of drug dependence, mental disorders or other healthcare settings (Mullaney and Trippett, 1979; Stockwell et al., 1984; Ross et al., 1988). Later, with the performance of larger epidemiological studies, including the above-mentioned groups as well as in large community samples, it has been shown that such increased frequency was not confined to those environments, rather extending in a general way (Regier et al., 1990; Kessler et al., 1997).

Several studies have reported that patients who are dependent on psychoactive substances have a higher prevalence of anxiety disorders than expected, and, on the other hand, patients with anxiety disorders have a higher prevalence of abuse or dependence on alcohol and other drugs than expected (Ross et al., 1988; Regier et al., 1990).

Nevertheless, these comorbidities are often ignored in alcoholic patients, the focus of attention being limited to alcohol dependence.

Among anxiety disorders, social phobia becomes specially important since it is a frequent, disabling, and treatable condition. Patients with social phobia often report that they consider alcohol is useful in fear situations and thus they drink to minimize anticipatory anxiety (Stockwell et al., 1984).

So, patients with social phobia develop alcohol-related problems, and patients with alcohol abuse or dependence have a high frequency of social phobia, resulting in one of the most frequent comorbid conditions found in clinical practice (Mullaney and Trippett, 1979; Regier et al., 1990).

Lépine and Pelissolo (1998) reviewed works that investigated the prevalence of social phobic disorder in alcoholic populations and of alcoholism in groups of social phobic patients. In the former situation, the prevalence of social phobia ranged from 2.4% to 57% (mean 21%) in alcoholic samples. Reciprocally, the diagnosis of alcoholism in samples of social phobic patients ranged from 14.3% to 43.3% (mean 26.5%).

Among community epidemiological studies, the National Comorbidity Survey (NCS) found the prevalence of social phobia to be 10.8% in males and 24.1% in

females with a history of alcohol abuse. Among those with alcohol dependence the percentage was 19.8% and 30.3%, respectively (Kessler et al., 1997). From the data of the Epidemiologic Catchment Area (ECA), a prevalence of 27.6% of alcohol abuse or dependence was found among social phobics (Himle and Hill, 1999). Lépine and Pelissolo (1998), reviewing studies using the data from the ECA, NCS, and The Zurich Study, point to a two or three-fold greater risk for the development of alcohol abuse or dependence among social phobics as compared to non-social phobics, with an odds ratio between 2.2 and 3.5.

In 1985, Liebowitz et al. published a review of the main aspects of social phobia, at the time considering it a neglected anxiety disorder in medical literature despite its social and personal damages. Though at present this disorder is the focus of many studies, it is still underdiagnosed in spite of its high prevalence (Lecrubier, 1998; Dingemans et al., 2001; Sareen et al., 2001).

The overlap of psychiatric disorders is one of the factors contributing to general clinicians' and psychiatrists' negligence concerning social phobia. This is clearly observed in the low frequency of adequate treatment for this disorder (Liebowitz et al., 1985; Dingemans et al., 2001; Sareen et al., 2001). In the case of a patient with phobic anxiety who is prone to an addictive behavior, the more apparent problem of drug abuse often becomes the focus of attention and the basic state of anxiety is neglected and, as a consequence, the patient is inadequately treated (Quitkin et al., 1972).

Patients with social phobia have significantly more comorbid disorders than patients suffering from other psychiatric disorders and social phobia usually precedes other diagnoses (Schneier et al., 1989; Lépine and Pelissolo, 1998; Dingemans et al., 2001; Lang and Stein, 2001). The evaluation of the chronological order of appearance of social phobia and alcoholism can help the investigation of the self-medication hypothesis. According to it, social phobia would precede problems with alcohol, which would be used to reduce anxiety (Kushner et al., 1990; Swendsen et al., 1998).

The view that alcohol can mitigate anxiety dates back to antiquity. Kushner et al. (1990) quote Hippocrates's saying that "drinking wine as much as water wards off anxiety and the terrors". The same author ascribes to Westphal the observation, made in 1871, that "the use of beer or wine enables an agoraphobic patient to go through feared places comfortably." These considerations lead to the hypothesis - which is the most investigated one - of the anxiolytic use of alcohol as a form of self-medication to promote abuse.



On the other hand, the view that alcohol-related disorders induce anxiety disorders has been object of several studies. Kushner et al. (1990) reports that drinking can increase the response to stress and exacerbate anxiety states, suggesting that an anxiolytic effect in the short term can combine with anxiogenic ones in the long term, producing a spiraling vicious circle of alcohol use and anxiety symptoms.

The aims of this study are (a) to evaluate the frequency of anxiety disorders, especially social phobia, in a sample of alcoholic patients; b) to check the use of medication for social phobia among social phobic alcoholics; c) to identify the chronological order of the appearance of social phobic and drinking-related disorders; and (d) to assess the effect of alcohol use in the clinical condition of social phobia.

## **Methods**

Three hundred alcoholic patients who were hospitalized in two psychiatric hospitals and in a center specialized in the treatment of drug addiction in a general hospital in Porto Alegre, Brazil, were interviewed. All patients fulfilled the DSM-IV criteria for alcohol dependence. The sampling type was convenience-based in the recruitment period from December 2001 to July 2003.

Inclusion criteria were: to be in the 20-60-year-old age range and to live in Porto Alegre, Brazil.

The exclusion criteria were a diagnosis of: schizophrenia, acute psychotic disorder, mental retardation, confusional states, antisocial personality disorder, or the presence of decompensated cirrhosis or any debilitating physical condition. Patients were excluded based on the information registered in medical records and through psychiatric evaluations.

The following instruments were used: SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV)(First et al., 1996), a semi-structured clinical interview based on DSM-IV to examine the occurrence of alcohol related disorder, social phobia and other anxiety disorders; b) Liebowitz's scale (Liebowitz, 1987), used to determine the severity of social phobia, if present; c) questions to check the use of medication for social phobia among social phobic alcoholics and the relation of social phobia to alcohol use.

By the moment of the interview, the alcoholics were hospitalized for at least a week and in abstinence.

The interviewees were trained in the application of tools, and evaluative meetings were held periodically. Agreement in the application of instruments was checked by the kappa index (Gordis, 1996), with a result of 0.86.

Considering a prevalence of social phobia among alcoholics of 22%, with an acceptable error of 4% and a confidence interval of 95%, the sample size estimation was 300 patients.

In the statistical analysis of the data, the existence of association between categorical variables was evaluated by means of the Chi-square Test or Fisher's Exact Test, when the former did not fulfill the required needs. The results were generated in the EPIINFO software (Dean et al., 1994) and in the statistical application SPSS for windows (Norusis, 1986). The level of significance accepted was  $p < 0.05$ .

The research project was approved by the Ethical Committees of the treatment units in Porto Alegre, Brazil. All patients signed and informed consent form. This work was partially supported by the local research funding agency (FAPERGS).

## Results

The sample consisted predominantly of males (91.7%). The mean age was 41.5 years,  $sd = 8.6$  years. The subgroup of patients who were married or lived together as a married couple was the largest one, accounting for 43% of the sample. Patients who had finished or still were in the elementary school accounted for 53% of the sample (Table 1).

As to the type of drug used, 70.4% used only alcohol and 29.6% used other drugs besides alcohol. (Table 2). No differences could be established between phobics and non-phobics in terms of both other drugs used and demographics, except for higher educational level among non-phobics ( $\chi^2 = 6.64$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0.03$ ) (Tables 1 and 2).

Anxiety disorders were diagnosed in 59% of the respondents. A frequency of 30.6% was found for specific phobia, 24.7% for social phobia, 22.2% for anxiety disorder induced by alcohol, 19.3% for generalized anxiety disorder, 5% for obsessive-compulsive disorder, 4.6% for posttraumatic stress disorder, 2% for panic with agoraphobia, 0.6% for panic disorder without agoraphobia, and 0.3% for pure agoraphobia (Table 3).

Among social phobics, social phobia preceded the alcohol related disorder in 90% of the patients. Concerning alcohol effects on phobic symptoms, the use of alcohol

resulted in worsening social phobia during abstinence, at the same time phobic patients reported improvement of symptoms during intoxication (Table 4).

Among social phobic alcoholics, 28.4% had light social phobia, 43.2% had moderate social phobia, and 28.4% had severe social phobia.

The frequency of use of medication for social phobia among the diagnosed patients was 20.3%. The drugs used were fluoxetine (12 patients), paroxetine (1 patient), diazepam (1 patient), and venlafaxine (1 patient). When drug therapy was assessed relative to the severity of social phobia, 9.5% of patients with light social phobia, 28.1% of those with moderate social phobia, and 19% of those with serious social phobia were found to receive medication (Table 5).

## **Discussion**

In our sample, it is remarkable the considerable number of alcoholic patients with anxiety disorders - especially those with a specific phobia, social phobia, alcohol-induced anxiety disorder and generalized anxiety disorder - as it was far greater than the prevalence observed in the general population; nevertheless, this finding is in agreement with previous studies (Mullaney and Trippett, 1979; Stockwel et al., 1984; Ross et al., 1988; Regier et al., 1990). Panic disorder and agoraphobia were diagnosed much less often than they were in the above-mentioned studies, which can be due to the fact that the patients who had panic attacks may have been diagnosed as having anxiety disorder induced by the use of alcohol.

It is also important to remember that the population under study consisted predominantly of males - as it is commonly observed in hospital wards for alcoholism - and that anxiety disorders are known to be more common among women. This situation could justify lower the frequency of the above mentioned disorders.

With regard to social phobia, which has greater clinical importance, a 24.6 percentage was found, confirming the high frequency of the comorbidity social phobia-alcoholism, already highlighted by other studies. According to Kushner et al. (1990), patients with social phobia have twice as many alcohol-related problems as non-phobic patients, and individuals with disorders related to alcohol use are 9 times as likely to suffer from social phobia as the general population.

Social phobia preceded alcohol-related disorder in 90.5% of the respondents, a finding that is consistent with several studies showing that social phobia typically precedes problems with alcohol (Mullaney and Trippett, 1979; Ross et al., 1988; Farrel

et al., 2001). Regier et al. (1990) report that social phobia appears to begin in early adolescence, with serious potential consequences, predisposing the affected individuals to a higher vulnerability to major depression and addictive disorder. For Figueira et al. (1993), there is evidence that alcohol abuse is an attempt at self-medication in a considerable number of social phobic individuals, this being an important complication of social phobia. On the other hand, even in patients whose alcohol abuse or dependence is the primary pathology, social phobic symptoms can contribute to the relapse of drinking during periods of abstinence.

Supporting the self-medication hypothesis, in this study 87.8 % of the patients reported having experienced an improvement in social phobic symptoms while intoxicated by alcohol, a finding in agreement with the reviewed literature (Stockwell et al., 1984; Farrel et al., 2001). On the other hand, 55.4 % reported worsening of social phobia during abstinence.

Among patients diagnosed as being social phobia, only 20.3% received medication which could be useful for the disorder. The severity of phobia was not a significant factor to determine prescription. This finding reiterates previous studies about the little knowledge and underdiagnosis of social phobia, despite being a highly disabling but treatable condition (Liebowitz et al., 1985; Dingemans et al., 2001). As a result, only 25% of the patients with social phobia receive specific treatment and most of them are treated inadequately (Dingemans et al., 2001). In our sample, this finding can be ascribed to the fact that early in treatment, the focus of attention is on alcoholism, while social phobia is seen as a secondary problem. Sheeran and Zimmerman (2002) showed that the prevalence of social phobia in a clinical sample increases nine-fold with the use of structured interviews, and that only in 1% of the patients social phobia was the main reason for consultation. The authors suggest that the identification of social phobia occurs only when it is the main reason for consultation.

The reasons for this underdiagnosis include failure of general practitioners to recognize social phobia; masking of this condition by other comorbidities; the embarrassment of the patients to expose their inherent condition, and even their unawareness that this is a mental disorder. Indeed, social phobia is almost always underestimated by both clinicians and patients (Lecrubier, 1998; Dingemans et al., 2001; Lydiard, 2001; Sheeran and Zimmerman, 2002).

Considering that most phobias occur before the onset of alcohol-related disorders, it is important to early diagnose and treat them so as to reduce the risk of alcohol abuse

and dependence. Thus, a more thorough investigation of phobic disorders should be carried out in patients with alcohol dependence and into alcoholism in patients with phobic disorders (Lecrubier, 1998; Lépine and Pelissolo, 1998; Sareen et al., 2001; Thase et al., 2001). Another reason to exercise greater diagnostic care in this dual-diagnosis is that social phobia is more severe in alcoholic than in non-alcoholic patients (Schneier et al., 1989).

The low rates of success in the treatment of drug addicts could at least in part be attributed to the little attention given to the psychiatric comorbidity in these patients (Ross et al., 1988).

Treatment of individuals suffering from both alcoholism and anxiety disorders is often targeted to only one of these problems, without taking into account the interplay of the two conditions. Therefore, if alcoholism is the focus of treatment, the anxiety condition is often ignored and the need for medication is not assessed. On the other hand, if the focus is on anxiety disorder, alcoholism is often disregarded (George et al., 1990).

Only when both disorders are properly evaluated and treated can the cycle of social phobia and alcohol addiction be broken (Lépine and Pelissolo, 1998). Moreover, alcoholics with social phobia have more trouble engaging in or benefiting from the treatment often used in patients with drug dependence, which requires active participation in groups (Myrick and Brady, 1997).

The identification of anxiety disorders can be a first step in the individualized treatment of an alcoholic patient, leading to the improvement of his or her quality of life and possibly interfering with the course of alcoholism, since pharmacological and specific behavioral treatments for these disorders are available, what consequently could lead to a reduction in relapse rates among alcoholics with anxiety problems such as social phobia (LaBounty et al., 1992).

## **Conclusion**

While this study confirms the high frequency of anxiety disorders, particularly of social phobia, among alcoholics, it also shows that the use of medication for social phobia among social phobic alcoholics is still infrequent.

Clinicians treating patients with anxiety or alcohol-related disorders must be trained in recognizing and managing this comorbidity when it is present. Individualized

care, inasmuch as it allows diagnosis and treatment of both conditions, can break the circle of anxiety and drinking, thus improving the effectiveness of therapeutic actions.

Further studies are needed to confirm if the undetected presence of social phobia can make recovery of alcoholics even more difficult, interfering with the course and prognosis, leading to treatment failure and the maintenance of the drug dependence condition.

## References

Dean, A.G., Dean, J.A., Coulombier, D., 1994.. Epi Info, Version 6: a word processing, database and statistics program for epidemiology on microcomputers. Center for Disease and Prevention, Atlanta, Georgia, USA.

Dingemans, A.E., Van Vliet, I.M., Couveé, J., Westenberg, H.G., 2001. Characteristics of patients with social phobia and their treatment in specialized clinics for anxiety disorders in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders* 65, 123-129.

Farrell, M., Howes, S., Bebbington, P., Traolach, B., Jenkins, R., Lewis, G., Marsden, J., Taylor, C., Meltzer, H., 2001. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. *British Journal of Psychiatry* 179, 432-437.

Figueira, I., Nardi, A.E., Marques, C., Mendlowicz, M., Ventura, P., Saboya, E., Pinto, S., Versiani, M., 1993. Abuso de álcool e fobia social - Revisão da literatura e relato de seis casos de comorbidade. *Programa de Ansiedade e Depressão - UFRJ. Série Psicofarmacologia - 12. Brazilian Journal of Psychiatry* 42 (2), 63-68.

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibson, M., Williams J.B., 1996. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders - Patient Edition (SCID I/P, Version 2.0). American Psychiatry Association, Washington DC.

George, D.T., Nutt D.J., Dwyer, B.A., Linnoila M., 1990. Alcoholism and panic disorder: is comorbidity more than coincidence? *Acta Psychiatry Scandinavia* 81, 97-107.

Gordis, L., 1996. *Epidemiology*. WB Saunders, Pennsylvania.

Himle, J.A., Hill, E.M., 1991. Alcohol abuse and the anxiety disorders: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Survey. *Journal of Anxiety Disorders* 51, 237-245.

Kessler, R.C., Crum, R.M., Warner, L.A., Nelson, C.B., Schulenberg, J., Anthony, J.C., 1997. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives General Psychiatry* 54, 313-321.

Kushner, M.G., Sher, K.J., Beitman, B.D., 1990. The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry* 147, 685-695.

LaBounty, L.P., Hatsukami, D., Morgan, S.F., Nelson, L., 1992. Relapse among alcoholics with phobic and panic symptoms. *Addictive Behaviors* 17, 9-15.

Lang, A.J., Stein, M.B., 2001. Social phobia: prevalence and diagnostic threshold. *Journal of Clinic Psychiatry* 62(S1), 5-10.

Lépine, J., Péliissolo, A., 1998. Social Phobia and alcoholism: a complex relationship. *Journal of Affective Disorders* 50(S1), 23-28.

Lecrubier, Y., 1998. Comorbidity in social anxiety disorder: impact on disease burden and management. *Journal of Clinic Psychiatry* 59(S17), 33-37.

Liebowitz, M.R., Gorman, J.M., Fyer, A.J., Klein, D.F., 1985. Social phobia - review of a neglected anxiety disorder. *Archives General Psychiatry* 42,729-736.

Liebowitz, M.R., 1987. Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry* 22, 141-173.

Lydiard, R.B., 2001. Social anxiety disorder: comorbidity and its implications. *Journal of Clinic Psychiatry* 62(S1),17-23.

Mullaney, J.A., Trippett, C.J., 1979. Alcohol dependence and phobias: clinical description and relevance. *British Journal of Psychiatry* 135, 565-573.

Myrick, H., Brady, K.T., 1997. Social phobia in cocaine-dependent individuals. *American Journal of Addiction* 6, 99-104.

Norusis M., 1986. *Statistical Package for Social Science - SPSS*. SPSS Inc., Chicago.

Quitkin, F.M., Rifkin, A., Kaplan, J., Klein, D.F., 1972. Phobic anxiety syndrome complicated by drug dependence and addiction. *Archives of General Psychiatry* 27, 159-162.

Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., Goodwin, F.K., 1990. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA* 264, 2511-2518.

Ross, H.E., Glaser, F.B., Germanson, T., 1988. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives General Psychiatry* 45, 1023-1031.

Sareen, J., Chartier, M., Kjernisted, K.D., Stein, M.B., 2001. Comorbidity of phobic disorders with alcoholism in a Canadian community sample. *Canadian Journal of Psychiatry* 46, 733-740.

Schneier, F.R., Martin, L.Y., Liebowitz, M.R., 1989. Alcohol abuse in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders* 3, 15-23.

Sheeran, T., Zimmerman, M., 2002. Social phobia: still a neglected anxiety disorder? *Journal of Nervous Mental Disorder* 190(1), 786-788.

Stockwell, T., Smail, P., Canter, S., Hodgson, R., 1984. Alcohol dependence and phobic anxiety states I. A prevalence study. *British Journal of Psychiatry* 144, 53-57.



Swendsen, J.D., Merikangas, K.R., Canino, G.J., Kessler, R.C., Rubio-Stipec, M., Angst J., 1998. The co-morbidity of alcoholism with anxiety depressive disorders in four geographic communities. *Comprehensive Psychiatry* 39(4), 176-184.

Thase, M.E., Salloum, I.M., Cornelius, J.D., 2001. Co-morbid alcoholism and depression: treatment issues. *Journal of Clinic Psychiatry* 62(S20), 32-41.

**Table 1 - Social demographic characteristics of the sample of alcohol addicts on treatment (n=300)**

	Total N (%)	Phobics n (%)	Non-phobics n (%)
<b>Sex</b>			
male	275 (91.7)	65 (87.8)	210 (92.9)
female	25 (8.3)	9 (12.2)	16 (7.1)
<b>Marital status</b>			
Single	79 (26.3)	19 (25.7)	60 (26.8)
Married	129 (43)	33 (44.6)	96 (42.5)
divorced/separated	87 (29)	22 (29.7)	65 (28.8)
widowed	5 (1.7)	0 (0)	5 (2.2)
<b>Schooling</b>			
elementary school incomplete or complete	159 (53)	43 (58.1)	116 (51.3)
high school – incomplete or complete	92 (30.6)	26 (35.1)	66 (29.2)
college – incomplete or complete	49 (16.3)	5 (6.7)	44 (19.5)
			$\chi^2=19.91$ ; $df=5$ ; $p=0.0013$
<b>Age (years, mean + sd)</b>			
Total	41.5 ± 8.6		
Phobics	40.5 ± 8.3		
Non-phobics	41.9 ± 8.7		

**Table 2 - Types of psychoactive drugs used by alcohol addicts (n=300)**

Drug	Total N (%)	Phobics n (%)	Non-phobics n (%)
Alcohol	211 (70.4 )	48 (64.8)	163 (72.1)
alcohol + cocaine	39 (13 )	10 (13.5)	29 (12.8)
alcohol + cocaine + marijuana	22 (7.3 )	6 (8.1)	16 (7.1)
alcohol + marijuana	18 (6 )	7 (9.4)	11 (4.8)
alcohol + benzodiazepines	3 (1 )	0 (0)	3 (1.3)
alcohol + other	7 (2.3 )	3 (4.1)	4 (1.8)

**Table 3 - Frequency of anxiety disorders in alcoholic patients on treatment (n=300)**

Disorder	n	%
Specific phobia	92	(30.6)
Social phobia	74	(24.7)
Alcohol-induced anxiety disorder	67	(22.2)
Generalized anxiety disorder	58	(19.3)
Obsessive-compulsive disorder	15	(5)
Posttraumatic stress disorder	14	(4.6)
Panic disorder with agoraphobia	6	(2)
Panic disorder without agoraphobia	2	(0.6)
Agoraphobia	1	(0.3)

**Table 4 - Relationship between alcohol and social phobia in a sample of social phobic alcoholic patients on treatment (n=74)**

	N	%
<b>Temporal relationship</b>		
Social phobia onset before alcohol use	67	(90.5 )
Social phobia onset after alcohol use	7	(9.5 )
<b>Alcohol effect during intoxication</b>		
Improvement of social phobia	65	(87.8 )
Worsening of social phobia	7	(9.5 )
No reported effect	2	(2.7 )
<b>Alcohol effect during abstinence</b>		
Improvement of social phobia	0	(0 )
Worsening of social phobia	41	(55.4 )
No reported effect	33	(44.6 )

**Table 5 - Severity of social phobia and frequency of drug therapy in social phobic alcoholic patients (n=74)**

	Severity of social phobia n(%)	On drug therapy n(%)
Light	21 (28.4 )	2 / 21 (9.5)
Moderate	32 (43.2 )	9 / 32 (28.1)
Severe	21 (28.4 )	4 / 21 (19)
Total	74 (100 )	15 / 74 (20.3)

**Anexo 10 - Artigo Submetido nº2 para a Revista: Alcohol and Alcoholism****Does comorbidity social phobia interfere with treatment adherence and relapse in alcoholics? A latin-american cohort study****(The impact of social phobia on alcoholism)**

**Authors** - Mauro Barbosa Terra, Helena Maria Tannhauser Barros, Airton Tetelbom Stein, Ivan Figueira, Luciana Dias Athayde, Alan Birck, Lucas Spanemberg, Marianne de Aguiar Possa, Ledo Daruy Filho and Dartiu Xavier da Silveira

**Institutions:** Department of Psychiatry and Forensic Medicine of the Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre / Department of Psychiatry of the Universidade Federal de São Paulo

**Mailing address:**

Mauro Barbosa Terra

Department of Psychiatry and Forensic Medicine of Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre

R. Sarmiento Leite, 245 - Centro - Porto Alegre - Brazil

CEP: 90050-170

Telephone: 55-51-33347471

E-mail: mabarte@portoweb.com.br

**Keywords:** social phobia, alcoholism, treatment, alcoholics anonymous, comorbidity

**ABSTRACT:**

**Aims:** To investigate the impact of social phobia on alcoholism through a comparative study between alcoholics with and without social phobia.

**Methods:** In a cohort study, three hundred alcoholics were initially interviewed while hospitalized in two psychiatric hospitals and in a center for the treatment of drug dependence within a general hospital, in Porto Alegre, Brazil. After 3 and 6 months they were interviewed again in their homes. The following instruments were used: the SCID-I, the Liebowitz's Scale, the ESA Scale (Alcoholics Follow-up Scale) and a questionnaire to recognize patients' relationship with the group of Alcoholics Anonymous (AA).

**Results:** Social phobic alcoholics were more likely to suffer from other anxiety or depressive disorders. At 3 and 6 months, no statistically significant differences were found as regards relapse, mean score in the ESA Scale, and adherence to AA or psychotherapy. Among those that adhered to AA, social phobic patients reported that their attendance was less adequate and that they sat at the head of the table less often.

**Conclusions:** Social phobia was not identified as a risk factor for relapse or for non-adherence to AA or psychotherapy, although social phobic alcoholics showed a tendency to less adherence to AA and felt less integrated with the group. The results do not support the need for an individualized treatment focusing on social phobia for this subgroup of patients.

## Introduction

Social phobia was detected in from 2.4% to 57% (mean 21%) of the alcoholics samples. Reciprocally, the diagnosis of alcoholism among social phobic patients ranged from 14.3% to 43.3% (mean 26.5%). Thus, at the same time patients with social phobia develop problems related to alcohol, patients with abuse or dependence disorder show a high frequency of social phobia, resulting in one of the most prevalent comorbid conditions found in clinical practice. Studies show a two or threefold higher risk for the development of abuse or dependence on alcohol among social phobic patients as compared to non-social ones, with an odds ratio between 2.2 and 3.5 (Kessler et al., 1997; Lépine and Pélissolo, 1998).

The high rate of comorbidity of alcoholism and social phobia shows that individuals with this dual diagnosis comprise a substantial proportion of the population of alcoholics, although few studies compared alcoholics with and without social phobia (Thomas et al., 1999).

There has been observed an increase in the use of health services among alcoholics who presented comorbidities (Helzer and Pryzbeck, 1998). Comorbid anxiety disorders lead to worse outcomes in the treatment of alcoholism (as reviewed by Schadé et al., 2003; Da Silveira and Jorge, 1999). Conversely, drug abuse can lead to the reemergence of mental disorders or an increase in its severity. Drug use can also mimic and mask mental disorders (Knowlton, 1995).

There is the need for taking social phobia in consideration in defining treatment strategies for social phobic alcoholics, in order to avoid an increase in the relapse of alcohol abuse due to its use as self-medication for anxiety symptoms (LaBounty et al. 1992; Lépine and Pélissolo, 1998).

Alcoholics with social phobia may have more difficulty to adhere to or to benefit from a treatment that demands active participation in groups such as those attended by chemical dependents, like Alcoholics Anonymous (AA) (Myrick and Brady, 1997).

Although AA claims an abstinence rate of 75% for alcoholics with a strong adherence to their program (Alcoholics Anonymous, 1976; Thurstin et al., 1987), studies estimate that 50% of AA participants drop out in the first three months of treatment (Chappel, 1993). However, an increased abstinence rate has been reported when patients adhere to AA, as treatment for psychoactive substance dependence (Humphreys et al, 1998; Fiorentine, 1999; Gossop et al., 2003), and a low relapse rate has been associated to a more frequent adherence to AA (Caldwell and Cutter, 1998;

Fiorentine and Hillhouse, 2000; Gossop et al., 2003). Affiliation to AA has showed more positive results than eventual attendance (Morgenstern et al., 1999).

AA is an effective intervention for alcoholism, however, despite of its popularity and impact on alcoholism, a few number of studies about the benefits of twelve-step approaches has been done (Timko et al., 1994; Morgenstern et al., 1997; Kownacki and Shadish, 1999). Because the majority of researches are from North American countries, there is a difficulty in generalization, due to cultural differences. In addition, it is important to compare the efficacy of twelve-step approaches for patients with different associated comorbidities that can influence the adherence to AA, like social phobia, for example.

The present study is a longitudinal investigation of patients receiving treatment for alcohol problems within specialist alcoholism treatment services. It reports patient outcomes for alcohol consumption and adherence to psychotherapy or AA groups meetings during the first 6 months following desintoxication. In particular, it investigates the relationship between attendance at AA meetings or psychotherapy sessions in patients with a comorbid diagnosis of social phobia.

### **Subjects and Methods**

A total of 300 alcoholic patients were interviewed who at first were hospitalized in two psychiatric hospitals and in a center for the treatment of drug dependence within a general hospital, in Porto Alegre, Brazil, and who fulfilled the diagnostic criteria for alcohol dependence according to DSM-IV. After 3 and 6 months, these patients were interviewed again in their homes. Sampling was performed on a convenience basis and patients were recruited from December 2001 to July 2003.

Considering that the frequency of social phobia in alcoholism is around 25%, that the non-adherence to AA among alcohol dependent individuals is 50%, it was inferred that phobic alcoholic patients would not adhere to AA at a rate of 70% leading to an estimation of the odds-ratio of 1.40. With this value and considering a confidence limit of 95% and 80% of statistical power, the size of the sample needed was estimated as 69 phobic vs. 207 non-phobic individuals in the study. Additional 15% was incorporated for the non-included cases. Inclusion criteria were: being between 20 and 60 years-old, living in Porto Alegre, having access to a telephone in their homes, being referred to the alcoholic anonymous group by his/her attending physician, and being in abstinence for at least one week. Exclusion criteria were: schizophrenia, acute psychotic disorder,



mental retardation, confusional states, antisocial personality disorder, and presence of decompensated cirrhosis or any debilitating physical condition. Patients were excluded based on the information obtained from medical records and through psychiatric evaluation.

The following instruments were applied during hospital stay: a) SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV - APA / 1994) (First et al., 1996) to evaluate the occurrence of social phobia, other anxiety disorders, and depressive disorders; b) Liebowitz's Scale (Liebowitz, 1987) to determine the severity of social phobia; c) the ESA Scale (Alcoholics Follow-up Scale) (Andrade et al., 1988; Castel and Formigoni, 1999), in its male and female versions, used to evaluate the effectiveness of the treatment for alcohol dependence. ESA is a scale with five areas, related to data of the last four weeks, presenting different scores for each area: alcohol consumption, family relationships, occupational state, leisure and organic component. The ESA scales were used without the item concerning the organic component, in order to make the study more feasible, as the need for collecting blood to determine serum levels of gamma-glutamyltransferase could increase the likelihood of drop-out. The individuals receive a global score, which varies from a minimum of 13 to a maximum of 65. The lower the score, the higher is the alcohol induced endanger.

At 3 and 6 months follow-up after the first interview, respectively, the ESA scale and a questionnaire again in order to determine the patients relationship with the group of AA, focusing on attendance, feelings and behavior, were administered. Specific questions were also asked to evaluate the patients participation in psychotherapy. The interviewer's confidence in the interviewee's responses was also assessed.

Patients were considered as adherent to AA if they attended at least one meeting a month, and as adherents to psychotherapy those who had at least one therapy session in a month. Strong adherence to AA was defined as attending the meetings twice or more times a week, partial adherence as attending it weekly or fortnightly, poor adherence as attending it monthly or less than once a month, and non-adherence as not attending to AA at all.

At the first phase of the study, the alcoholics were interviewed by psychiatrists. At 3 and 6 months follow-up, the interviewers were psychiatry residents and medical school graduates. The interviewers were trained for the application of the instruments and, periodical evaluation meetings were held. The concordance in the administration of

the SCID-I among the psychiatrists was checked by the kappa test (Gordis, 1996), with a result of 0.86.

In the statistical analysis of the data, the existence of associations between categorical variables was assessed by the Chi-square test of Independence or by Fisher's exact test when the former could not be used. Variance analysis (ANOVA) was used for continuous variables, or Mann-Whitney's test when data did not fulfill the requirements for use of the former. The assumption of the normality of data was tested through the Kolmogorov-Smirnov's test (KS). The results were processed in the statistical application SPSS for Windows (Norusis, 1996). The statistical significance level adopted was 5%.

All of the patients signed an informed and free consent form, and the project was approved by the Research Ethical Committee of the UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo) and of the treatment facilities where the work was performed.

## **Results**

About 10% of all contacted patients were excluded during the first interview due to mental retardation, confusional states or antisocial personality disorder.

A total of 300 patients were included at the first phase, 266 patients could be interviewed in three months follow-up and 257 could be interviewed in six months follow-up, reflecting 11.3% of drop-outs at the second phase, and 14.3% of drop-outs at the third phase of the study.

The frequency of social phobia in this group of patients was 24.6%, and among these phobic patients, 28.4% had mild social phobia, 43.2% had moderate social phobia, and 28.4% had the severe form of the disorder.

Concerning the social, familial, and demographic characteristics of the patients, no differences were found as to age, sex and marital status between the groups with and without social phobia. Women were more likely to suffer from social phobia, but the difference was not statistically significant. As for the educational level, phobic patients were less likely to have a university degree ( $p=0.036$ ,  $RR=0.3$ ,  $IC95\%=0.16:0.87$ ). Alcoholic patients with social phobia were twice as likely to have an alcoholic relative than those without social phobia, and this difference was statistically significant ( $p=0.039$ ,  $RR=2.01$ ,  $IC95\%=0.98:4.12$ ) (Table 1). For both groups, the interviewers considered the responses given by the patients as reliable in more than 80% of the times, with no difference between phobic and non-phobic alcoholics.

Social phobic and non-phobic patients did not show any significant differences on having received previous treatment or hospitalizations. Within the patients that had been hospitalized, phobic patients presented higher number of hospital admittances than non-phobic alcoholics ( $p=0.037$ ) (Table 1). As to the use of other types of licit or illicit drugs in conjunction with alcohol, no differences could be detected between the social phobic and the non-phobic groups.

With regard to other comorbid psychiatric disorders, depressive disorders were twice as frequent in social phobic alcoholics ( $p=0.001$ ,  $RR=2.01$ ,  $IC95\%=1.37:2.96$ ) than in non-phobic alcoholics. Social phobic alcoholics also presented higher frequencies of generalized anxiety disorder (GAD) ( $p=0.009$ ,  $RR=1.76$ ,  $IC95\%=1.17:2.65$ ), substance-induced anxiety disorder (SIAD) ( $p=0.007$ ,  $RR=1.77$ ,  $IC95\%=1.19:2.64$ ), specific phobia ( $p=0.002$ ,  $RR=1.85$ ,  $IC95\%=1.26:2.72$ ), and had twice the probability of presenting anxiety disorders in general (AD) ( $p=0.002$ ,  $RR=2.01$ ,  $IC95\%=1.27:3.18$ ) than non-phobic ones, and differences attained statistical significance (Table 2).

As to the use of alcohol after hospital discharge, no differences were found between relapse rates among phobic and non-phobic alcoholics at both the three months follow-up and at the six months follow-up of the study, even though there were higher relapse rates at the sixth month follow-up in comparison to the third month follow-up in both groups (figure 1). Concerning the ESA scale, patients with or without social phobia obtained similar scores at hospital admission, and throughout follow-up after three and six months of treatment there was an overall increase in ESA scores for all kinds of patients ( $p<0.001$ ) (figure 2).

No differences could be detected either between the groups concerning their frequency of alcohol use after discharge. Among social phobic alcoholics, 34.3% had not drunk during the 3 months follow-up, 15.7% had drunk from one to ten times, and 50% drank more than 10 times. After 6 months follow-up, 21.3% of the phobic patients remained in abstinence, 14.7% had drunk from one to ten times, and 64% drank more than 10 times. Among the non-phobic patients, at the 3 months follow-up, 37.6% were in abstinence, 21.3% used alcohol from one to ten times, and 41.1% used alcohol more than ten times. At the 6 months follow-up, the rates for non-phobic patients were 25%, 11.7% and 63.3%, respectively.

No differences were observed between phobic and non-phobic alcoholics as regards the duration of alcohol use. At the 3 months follow-up, 17.3% of the phobic and

25.5% of the non-phobic patients drank from one day to one month, and 48.4% of the phobic and 36.9% of the non-phobic patients drank for more than one month. At the 6 months follow-up, 9.1% of the phobic and 11.3% of the non-phobic patients used alcohol from one day to one month, and 69.6% of the phobic and 63.7% of the non-phobic patients drank for over a month.

In the analysis of treatment adherence, there were no statistically significant differences in the adherence to AA or to psychotherapy, despite social phobic patients' tendency to show less adherence to AA. At the 3 months follow-up, 7.8% of the social phobic alcoholics showed strong adherence, 6.3% partial adherence, and 1.6% poor adherence, while among non-phobic alcoholics adherence was strong in 9.9%, partial in 9.4%, and poor in 1.5% of them. At the 6 months follow-up, among phobic patients adherence was strong in 6.6% and partial in 8.2%, while among non-phobic alcoholics these percentages were 13.3% and 6.1% respectively, and poor in 1% of them.

Adherence to AA was smaller than adherence to psychotherapy for both groups. Adherence to AA remained unchanged from the 3 months to the 6 months follow-up both for phobic and non-phobic alcoholics. While there was higher adherence to psychotherapy among social phobic alcoholics from 3 months to the 6 months follow-up, a slight decrease adherence among non-phobic alcoholics was detected (Figure 3).

At the 3 months follow-up of the study, among abstinent individuals, 35.1% did not adhere neither to AA nor to psychotherapy, 28.9% adhered only to psychotherapy, 11.3% did it only to AA and 24.7% adhered to both. Among non-abstinent individuals, 68.6% did not adhere to any treatment, 21.3% adhered only to psychotherapy, 3.6% did it only to AA and 6.5% did it to both. At the 6 months follow-up, among abstinent individuals, 40.3% did not adhere to any treatment, 24.2% adhered only to psychotherapy, 12.9% did it only to AA and 22.6% did it to both. Among non-abstinent individuals, 66.2% did not adhere neither to AA nor to psychotherapy, 19.5% adhered only to psychotherapy, 3.6% did it only to AA and 10.3% adhered to both.

Among the alcoholics who adhered to the AA, at the 3 months follow-up, social phobic patients felt that their attendance rate was less adequate ( $p=0.009$ ), sat at the head of the table less frequently ( $p=0.003$ ), and were more ashamed of going to AA ( $p=0.043$ ). There was no statistically significant difference for other variables such as attendance at AA meetings and feelings concerning the participation in AA, but the phobic alcoholics felt less integrated with the group than non-phobic ones. At the 6 months follow-up, social phobic patients sat at the head of the table less often

( $p=0.005$ ), felt that their attendance rate was less adequate ( $p=0.040$ ), often felt less integrated with the group ( $p=0.023$ ), and were less likely to feel better after a meeting ( $p=0.084$ ) than non-phobic patients. There was no other statistically significant difference for the other tested variables such as attendance to AA and shame of attending AA meetings (Table 3).

## **Discussion**

Social phobia was detected in about one fourth of the sample, which is in agreement with previous studies highlighting this highly frequent comorbidity (Mullaney and Trippet 1979; Stockwell et al., 1984; Ross et al., 1988; Regier et al., 1990)

Phobic alcoholics were less likely to have higher education and had a greater number of previous hospital admissions, which may indicate greater impairment than among non-phobic alcoholics, at least until hospital admission. A greater frequency of family history of alcoholism among phobic patients was also detected. Possibly the fact of having lived with alcoholic parents or other relatives could have acted as a risk factor for the development of social phobia among phobic alcoholics.

Social phobic alcoholics presented higher frequencies of depressive disorders, generalized anxiety disorder, substance-induced anxiety disorder, specific phobia and anxiety disorder in general than non-phobic ones. These findings are in agreement with other studies showing that depressive disorders and other anxiety disorders are among the most common comorbidities for social phobia (Schneier et al., 1992; Moutier and Stein, 1999; Lydiard, 2001). Thomas et al. (1999) had already noted, in another comparative study between phobic and non-phobic alcoholics, that phobic patients experienced major depressive episodes more frequently than non-phobic ones.

ESA scores increased for all patients from hospitalization to the 3 months follow-up. This observation may be consistent with the idea that many patients relapsed during this first period of observation, which might have precluded the ideal ESA score (equal to 65). In both ESA score and relapse rates, there was no difference between phobic and non-phobic patients. This result is similar with a meta-analysis which could not conclude that comorbid anxiety disorders in alcohol-dependent patients need a specific treatment to prevent relapse (Schadé et al., 2003). However, one previous study showed that comorbid anxiety disorders predict poor outcome of the treatment of alcohol dependence after 6 months (Driessen et al., 2001). This difference in results

might be explained by the different types of anxiety disorders in our group of patients and will have to be further explored in the future.

Social phobia was not identified as a risk factor for non-adherence to AA or psychotherapy. While no statistically significant difference could be detected as regards AA adherence, a trend can be seen for the phobic patients to adhere less at both the 3 and the 6 months follow-up. As the adherence rate to AA is unchanged for both groups from the 3 to the 6 months follow-up, it may be concluded that the 3 months period is critically important for the definition of adherence. Adherence to AA was poor, being surpassed by adherence to psychotherapy in both groups. Our results agree to those of Gossop et al. (2003) that, in a cohort of patients evaluated 6 months after hospitalization, observed 21% of abstinent patients and found better results among individuals adherent to AA than among non-adherents. However, it was observed that AA treatment was limited to a small group of patients, because only 40% of them adhered to AA. In our study a much lower number of patients adhered to AA and, it was observed a similar rate of alcohol abstinence, between 21% and 25% among phobic and non-phobic patients, respectively. To our knowledge this is the first study to evaluate adherence to AA among latin-american patients outside North-America.

Since only 19% of the sample adhered to AA, the results concerning this topic refer to a small number of patients. Both at the 3 and at the 6 months follow-up, the social phobic alcoholics sat at the head of the table in AA meetings less often and found that their attendance to the AA was inadequate more often than the non-phobic patients. As regards to the feelings about taking part in the AA, the phobic alcoholics felt less integrated with the group, with a statistically significant difference for the 6 months follow-up. In addition, for this last follow-up, the phobic patients were less likely to feel better after a meeting than non-phobic alcoholics. Phobic patients were also more prone to be ashamed of taking part in the AA at the 3 months follow-up than non-phobics.

It is possible that social phobic alcoholics, due to their psychopathology, attend less to the AA than they wished on account of feeling less integrated with the group. When they do attend a meeting, they sit at the head of the table much less often than non-phobic patients for fear of social exposure. For Myrick and Brady (1997), drug users with social phobia present more difficulties in engaging in or benefiting from treatment requiring active participation in groups, such as the one used for drug-dependent patients. In this way, alcoholic patients with social phobia may have more difficulties to fit in the group treatment for recovery from drug dependence, which

includes participation in AA, where social exposure is particularly required. Another hypothesis to be raised is that, owing to phobic patients' more intense self-criticism, they are more likely to find their own attendance inadequate comparatively to non-phobic patients' self-evaluation.

Nevertheless, the present study did not show any consistent difference between phobic and non-phobic alcoholics concerning the relapse rate after discharge, which is the most clinically relevant outcome, and our results do not confirm the need of an individualized treatment focusing on social phobia for this subgroup of alcoholics. Perhaps the lack of difference is accounted for by the adherence to psychotherapy, which was somewhat greater for phobic patients at the 6 months follow-up, even though this difference was not statistically significant, and is above AA adherence rates for both groups at both follow-up.

The results found are consistent with those reported by Randall, Thomas and Thevos (2001), who compared the effect of simultaneous treatment for social phobia and alcoholism with isolated treatment for alcoholism in individuals with a dual diagnosis of social anxiety disorder and alcohol dependence. The intention to treat analysis showed that both groups improved with regard to alcoholism and social phobia after treatment. Contrary to the initial hypothesis, the group treated for both problems had worse results in three out of four alcohol use parameters, that is, they drank more often and more doses and experienced more days of heavy drinking than those who received treatment just for alcoholism. No additional effect of the concomitant treatment was observed on the indexes of social anxiety.

This study presents some limitations, such as the fact that the sample was primarily composed of hospitalized male alcoholics, possibly resulting in a selection bias, something that may prevent the generalization of the data to women and to alcoholics treated on an outpatient basis. Another aspect to be noted is that no blood collection was performed in patients to determine gamma-glutamyltransferase levels, in order to minimize any losses, thus precluding the use of the ESA scale in its original form. However, the gamma-glutamyltransferase test is not highly sensitive (40 - 75%) (Monteiro and Masur, 1985; Monteiro and Masur, 1986), and the responses given by the patients appeared to be reliable in the great majority of cases, according to the interviewers' impression. The positive aspects include the small number of losses, considering the type of disorder investigated, and the fact that this is one of the first prospective studies to address aspects related to the treatment of this comorbidity.

Further studies must be performed to investigate the comorbidity of social phobia and alcoholism as regards its implications for clinical progress and treatment, in order to clarify the issues addressed in this article.

**Acknowledgements**

The study was partially supported by the research funding agencies (FAPERGS and FAPESP). HMT Barros receives a Researcher Productivity Grant from CNPQ.



## References

Alcoholics Anonymous (1976) *Alcoholics Anonymous: the story of how many thousands of men and woman have recovered from alcoholism*. Alcoholics World Services, New York.

Andrade, A.G., Bernick, M.A., Brunfentrinker, P. and Negro Jr, P.J. (1988) Dados de confiabilidade sobre uma entrevista semi-estruturada para avaliação de tratamentos de alcoolistas: escala de severidade de alcoolismo - ESA (Reliability about semi-structured interview for screening of alcoholics' treatments: severity scale of alcoholism). *Revista ABP-APAL* 10(1), 1-4.

Caldwell, P.E. and Cutter, H.S.G. (1998) Alcoholics Anonymous affiliation during early recovery. *Journal of Substance Abuse Treatment* 15, 221-228.

Castel, S., Formigoni, M.L.O.S. (1999) Escalas para avaliação de tratamentos de dependência de álcool e outras drogas (Scales for avaluation of alcohol and others drugs treatment). *Revista de Psiquiatria Clínica* 26(1), 1-5.

Chappel, J.N. (1993) Long-term recovery from alcoholism. *Recent Advance on Addictive Disorders* 16, 177-187.

Da Silveira, D.X. and Jorge, M.R. (1999) Co-morbidade psiquiátrica em pacientes dependentes de substâncias psicoativas: resultados preliminares. (Psychiatrics comorbidities in psicoactives drugs dependents patients: preliminaries results) *Revista Brasileira de Psiquiatria* 21(3), 145-151.

Diessen, M., Meier, S., Hill, A., Wetterling, T., Lange, W. and Junghanns, K. (2001) The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol and Alcoholism* 36(3), 249-255.

Fiorentine, R. (1999) After drug treatment: are 12-step programs effective in maintaining abstinence? *American Journal of Alcohol Abuse* 25, 93-116.

Fiorentine, R. and Hillhouse, P. (2000) Exploring the addictive effects of drug misuse treatment and twelve-step involvement: Does twelve-step ideology matter? *Substance Use and Misuse* 35, 367-397.

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibson, M. and Williams, J.B. (1996) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders - Patient Edition (SCID I/P, Version 2.0)*. American Psychiatry Association, Washington DC.

Gossop, M., Harris, J., Best, B., Lan-Ho, M., Manning, V., Marshall, J. and Strang, J. (2003) Is attendance at alcoholics anonymous meetings after inpatient treatment

related to improved outcomes? A 6-month follow-up study. *Alcohol & Alcoholism* 38(5), 421-426.

Gordis, L. (1996) *Epidemiology*. WB Saunders, Pennsylvania.

Helzer, P.E. and Pryzbeck, T.R. (1998) The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 49, 219-224.

Humphreys, K., Moos, R.H. and Cohen, C. (1997) Social and community resources and long-term recovery from treated and untreated alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol* 58, 231-238.

Kessler, R.C., Crum, R.M., Warner, L.A., Nelson, C.B., Schulenberg, J. and Anthony, J.C. (1997) Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives General of Psychiatry* 54, 313-321.

Knowlton, L. (1995) Public and research views of dual-diagnosis explored. *Psychiatric Times* 12(5),1-3.

Kownacki, R.J. and Shadish, W.R. (1999) Does alcoholics anonymous work? The results from a meta-analysis of controlled experiments. *Substance Use and Misuse* 34, 1897-1916

LaBounty, L.P., Hatsukami, D., Morgan, S.F. and Nelson, L. (1992) Relapse among alcoholics with phobic and panic symptoms. *Addictive Behaviors* 17, 9-15.

Lépine, J. and Pélioso, A. (1998) Social Phobia and alcoholism: a complex relationship. *Journal of Affective Disorders* 50, S23-28.

Liebowitz, M.R. (1987) Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry* 22, 141-173.

Lydiard, R.B. (2001) Social anxiety disorder: comorbidity and its implications. *The Journal of Clinical Psychiatry* 58 (Suppl 1), 17-23.

Monteiro, M.G and Masur, J. (1985) Diagnostic of alcoholism: how useful is the combination of gamma-glutamyltransferase with different biochemical markers? *Drug and Alcohol Dependence* 16(1), 31-37.

Monteiro, M.G. and Masur, J. (1986) Value of serum gama-glutamyltransferase in the diagnosis of alcoholism. *Revista da Associação Médica Brasileira* 32(1-2), 25-30.

Morgenstern, J., Labouvie, E., McCrady, B.S., Kahler, C.W. and Frey, R.M. (1997) Affiliation with alcoholics anonymous after treatment: a study of its therapeutic effects and mechanisms of action. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65, 768-777

Moutier, C.Y. and Stein, M.B. (1999) The history, epidemiology, and differential diagnosis of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 60(suppl 9), 4-8.

Mullaney, J.A. and Trippett, C.J. (1979) Alcohol dependence and phobias: clinical description and relevance. *The British Journal of Psychiatry* 135, 565-573.

Myrick, H. and Brady, K.T. (1997) Social phobia in cocaine-dependent individuals. *The American Journal on Addictions* 6, 99-104.

Norusis, M. (1986) *Statistical Package for Social Science - SPSS*. SPSS Inc., Chicago.

Randall, C.L., Thomas, S. and Thevos, A.K. (2001). Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: a first step toward developing effective treatments. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 25, 210-220.

Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. and Goodwin, F.R. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *The Journal of the American Medical Association* 264, 2511-2518.

Ross, H.E., Glaser, F.B. and Germanson, T. (1988) The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives General of Psychiatry* 45, 1023-1031.

Schadé, A., Marquenie, L.A., Van Balkon, E.B., Van Dyck, R. and Van den Brink, W. (2003) Do comorbidity anxiety disorders in alcohol-dependent patients need specific treatment to prevent relapse? *Alcohol and Alcoholism* 38, 255-262.

Schneier, F.R., Johnson, J., Hornig, C.D., Liebowitz, M.R. and Weissmann, M.M. (1992) Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives General of Psychiatry* 49, 282-288.

Stockwell, T., Smail, P., Canter, S. and Hodgson, R. (1984). Alcohol dependence and phobic anxiety states I. A prevalence study. *The British Journal of Psychiatry* 144, 53-57.

Thomas, S.E., Thevos, A.K. and Randall, C.L. (1999) Alcoholics with and without social phobia: a comparison of substance use and psychiatric variables. *Journal of Studies on Alcohol* 60, 472-479.

Thurstin, A.H., Alfano, A.M. and Nerviano, V.J. (1987) The efficacy of AA attendance for aftercare inpatient alcoholics: some follow-up data. *International Journal of the Addictions* 22, 1083-1090.

Timko, C., Moos, R.H., Finney, J.W. and Moos, B.S. (1994) Outcome of treatment for alcohol abuse and involvement in AA among previously untreated problem drinkers. *Journal of Mental Health Administration* 21, 145-160.

**Table 1 - Social, familial and demographic characteristics of phobic and non-phobic alcoholics**

Variables	With Social Phobia (n = 74)	Without Social Phobia (n = 226)	Total (N = 300)	RR	IC95%	p
Age*	40.58(±8.33)	41.91(±8.71)	41.58(±8.62)			0.250
Sex**						
Male	65(87.80)	210(92.90)	275(91.70)	0.65	(0.37 ; 1.15)	0.170
Female	9(12.20)	16(7.10)	25(8.30)	1.52	(0.87 ; 2.68)	
Marital status**						
Married	33(44.60)	96(42.50)	129(43.00)	1.07	(0.71 ; 1.59)	0.750
Non-married	41(55.40)	130(57.50)	171(57.00)	0.94	(0.63 ; 1.39)	
Educational Level**						
Elementary school	43(58.10)	116(51.30)	159(53.00)	1.23	(0.82;1.84)	0.036 <sup>a</sup>
High school	26(35.10)	66(29.20)	92(30.67)	1.22	(0.81;1.84)	
College	5(6.80)	44(19.50)	49(16.33)	0.37	(0.16 ; 0.87)	
Alcoholic relative**	67(90.5)	181(80.1)	248(82.7)	2.01	(0.98 ; 4.12)	0.039 <sup>a</sup>
Previous treatment**	55(74.30)	168(74.30)	223(74.30)	1.00	(0.86 ; 1.16)	0.998
Previous hospitalizations **	50(64.20)	145(67.60)	195(65.00)	0.96	(0.65 ; 1.43)	0.594
Number of hospitalizations *	6.32(±7.96)	3.79(±4.51)	4.44(±5.69)			0.037 <sup>a</sup>

\* Variables presented as means (standard deviation)

\*\* Variables presented as frequency (percentage)

<sup>a</sup> Statistically significant differences at the 0.05 level of significance.

**Table 2 - Other comorbid psychiatric symptoms among phobic and non-phobic patients**

Variables	With Social Phobia (n = 74)	Without Social Phobia (n = 226)	Total (N = 300)	RR	IC95%	p
Depressive Disorder*	36(48.60)	60(26.5)	96(32.00)	2.01	(1.37 ; 2.96)	0.001 <sup>a</sup>
GAD*	22(29.70)	36(15.90)	58(19.3)	1.76	(1.17 ; 2.65)	0.009 <sup>a</sup>
SIAD*	24(32.40)	40(17.70)	64(21.30)	1.77	(1.19 ; 2.64)	0.007 <sup>a</sup>
Specific Phobia*	35(47.3)	63(27.9)	98(32.7)	1.85	(1.26 ; 2.72)	0.002 <sup>a</sup>
AD*	54(73.0)	118(52.2)	172(57.3)	2.01	(1.27 ; 3.18)	0.002 <sup>a</sup>

\* Variable presented as frequency (percentage)

<sup>a</sup> Statistically significant differences at the 0.05 level of significance.

**Table 3 - Comparative results at the 3 and the 6 months follow-up for alcoholics who adhered to AA**

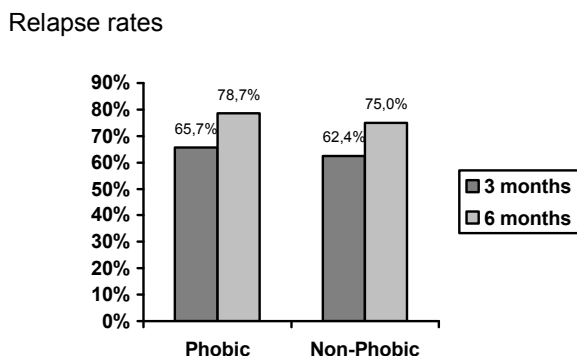
Variables	3 months follow-up		p	6 months follow-up		p
	With Social Phobia (n = 10)	Without Social Phobia (n = 42)		With Social Phobia (n = 8)	Without Social Phobia (n = 40)	
Frequency of attendance at AA*						
Twice or more times a week	5(50.00)	20(47.60)		3(37.50)	25(62.50)	
Weekly	2(20.00)	14(33.33)		3(37.50)	7(17.50)	
Fortnightly	2(20.00)	5(11.90)		2(25.00)	5(12.50)	
Monthly	0(0.00)	1(2.40)		0(0.00)	3(7.50)	
Less than once a month	1(10.00)	2(4.80)	-	0(0.00)	0(0.00)	-
Find own frequency adequate*	3(30.00)	31(73.80)	0.009 <sup>a</sup>	2(25.00)	28(70.00)	0.040 <sup>a</sup>
Feeling about taking part in AA*						
Well, integrated with the group	6(60.00)	34(81.00)		4(50.0)	30(75.00)	
Fair, partially integrated with the group	4(40.00)	8(19.00)		1(12.50)	8(20.00)	
Bad, disconnected from the group	0(0.00)	0(0.00)	0.212	3(37.50)	2(5.00)	0.023 <sup>a</sup>
Feels better after AA session*	10(100.00)	39(92.90)	1.000	5(62.50)	35(89.70)	0.084 <sup>a</sup>
Feels as member of the group*	7(70.00)	38(90.50)	0.120	5(62.50)	32(80.00)	0.361
Cares for mates' life *	8(80.00)	39(92.90)	0.242	6(75.00)	31(77.50)	1.000
Uses AA steps *	8(80.00)	39(92.90)	0.242	5(62.50)	32(80.00)	0.361
Uses the head of the table*	1(10.00)	28(66.67)	0.003 <sup>a</sup>	2(25.00)	32(80.00)	0.005 <sup>a</sup>
Ashamed to attend to AA*	3(30.00)	2(4.80)	0.043 <sup>a</sup>	1(12.50)	0(0.00)	0.160

\* Variables presented as frequency (percentage)

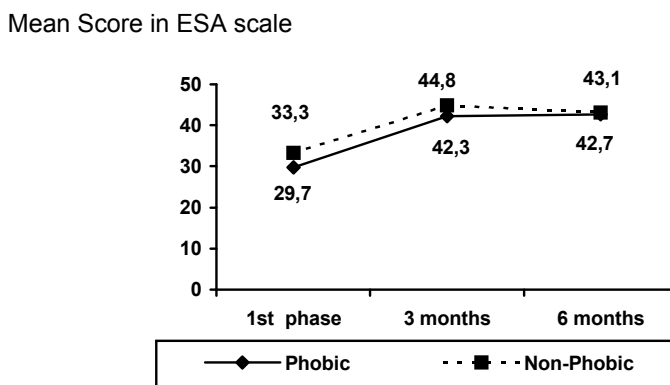
- Impossible to perform appropriate test.

<sup>a</sup> Statistically significant differences at the 0.05 level of significance.

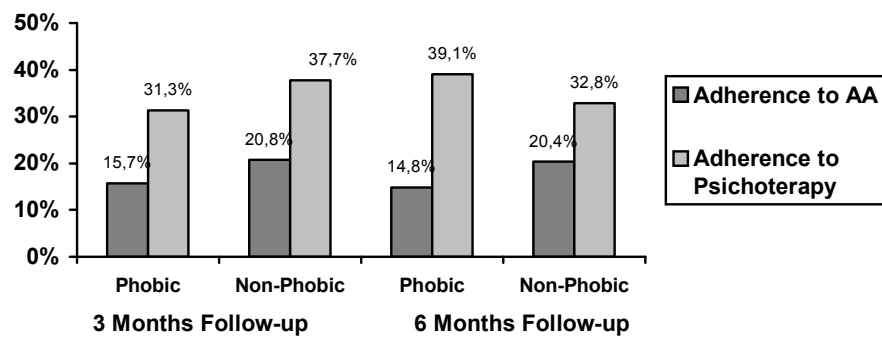
**Figure 1: Frequency of relapse and mean ESA score among phobic and non-phobic alcoholics at 3 and 6 months follow-up**



**Figure 2: Mean ESA scores among phobic and non-phobic alcoholics at 3 and 6 months follow-up. Factorial analysis depicts significant increase in ESA scores during follow-up. There is no difference between phobics and non-phobics**



**Figures 3: Adherence to AA and psychotherapy for phobic and non-phobic alcoholics at 3 and 6 months follow-up**





**Anexo 11 - Artigo Submetido nº3 para a Revista: Journal of Anxiety Disorders****Factor analysis and reliability of Liebowitz Social Anxiety Scale in a population of alcoholic patients****(Factor analysis and reliability of Liebowitz Scale)**

**Authors:** Mauro B. Terra<sup>1</sup>, Helena M. T. Barros<sup>2</sup>, Airton T. Stein<sup>3</sup>, Ivan Figueira<sup>4</sup>, Luciana D. Athayde<sup>5</sup>, Marcelo de S. Gonçalves<sup>5</sup>, Letícia P. Tergolina<sup>6</sup>, Joana S. Rovani<sup>6</sup> and Dartiu Xavier da Silveira<sup>7</sup>

1 - Professor of the Department of Psychiatry and Forensic Medicine, Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA)

2 - Full Professor of the Department of Pharmacology , FFFCMPA

3 - Full Professor of the Department of Preventive Medicine, FFFCMPA

4 - Adjunct Professor of the Department of Psychiatry, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

5 - Psychiatrist by the FFFCMPA

6 - Medical Student at the FFFCMPA

7 - Professor of the Department of Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

**Keywords:** social phobia, reliability, factor analysis, Liebowitz Social Anxiety Scale, psychometric properties

**Mailing address:**

Mauro Barbosa Terra

Department of Psychiatry and Forensic Medicine of Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre

R. Sarmento Leite, 245 - Centro - Porto Alegre - Brazil

CEP: 90050-170 / Telephone: 55-51-33347471

E-mail: mabarte@portoweb.com.br

**Abstract:**

**Background:** Liebowitz Social Anxiety Scale is an instrument used to evaluate the severity of social phobia. It has been widely used in different contexts and cultures, presenting variable psychometric properties.

**Methods:** The present article reports on internal consistency, measured by Cronbach alpha, and the factor analysis of this scale. Questionnaire items loading at 0.35 or above were considered in the final factor solution. In a sample of 300 alcoholic patients hospitalized in 3 mental clinics in South Brazil, 74 of them were social phobics (24.6%). The SCID-I, a semi-structured clinical interview based on DSM-IV, was used to check for the diagnosis of social phobia

**Results:** The coefficient of internal consistency was 0.95. None of the items showed corrected item-total correlation coefficient below 0.15. The factor analysis resulted in 5 dimensions which corresponded to 52.9% of the total variance.

**Conclusions:** The scale proved to be adequate for use in a population of alcoholic patients. The possibility of identification of patients with social phobia through instruments such as Liebowitz scale is of paramount importance because it increases the percentage of patients who may receive adequate treatment for this co-morbid disorder.

**Introduction:**

Social phobia is defined as a persistent fear of embarrassment or negative appraisal during social interaction or performance in public. Activities such as meetings or interactions with strangers, formal presentations, and those which require an assertive behavior are frequently feared by individuals suffering from social anxiety disorder (Rapee, 1995).

The National Comorbidity Survey reported a lifetime prevalence of 13.3% for social phobia, according to DSM-III-R criteria, and it seems to be increasing (Kessler et al., 1994; Magee et al., 1996). Social phobia has a highly prevalent co-morbid condition associated with other anxiety disorders, depressive disorders, and substance abuse, significantly increasing the risk for these disorders, being associated with significant impairment in the functioning and quality of life, as well as with increased risk of suicide attempts (Liebowitz et al., 1985; Schneier et al., 1992; Safren et al., 1997). Within this context, psychometric evaluations of social phobia scales must be assessed so that the instruments can be more adequately used.

One of the most frequently used scales for social phobia identification is Liebowitz Social Anxiety Scale (Liebowitz, 1987). It is a questionnaire composed of 24 items, which measures fear and avoidance experienced in social and performance situations. Several studies support the use of the scale to identify patients with social phobia and its widely used in different clinical contexts (Mennin et al., 2002). The scale can also be used in the assessment of pharmacological treatments for social phobia by comparison with placebo groups (Heimberg et al., 1999).

The scale has also been considered as a valid and reliable instrument for evaluating social phobia in children (Masia-Warner et al., 2003). In its self-administered version, it also shows good psychometric properties, as indicated by results of test-retest reliability, internal consistency, and validity measures (Fresco et al., 2001; Baker et al., 2002). The structure and psychometric properties of the self-administered version are highly similar to that of the Liebowitz Social Anxiety Scale (Oakman et al., 2003)

The scale was originally developed with distinct subscales to evaluate fear and avoidance, involving social interaction and performance/observation by others. Factor analysis showed that this two-factor model does not provide an adequate fit for the data, suggesting the need for a deeper investigation into the underlying structure of the scale. A separate exploratory factor analysis of fear and avoidance rates yielded 4 factors: 1) social interaction, 2) public speaking, 3) observation by others, and 4) eating and

drinking in public, which showed a discriminative and convergent validity with other measures of social anxiety. These findings suggest that there are 4 global categories of social fear evaluated by the scale, and that while the anxiety of social interaction appears to be uni-factorial, the situations of fear of performance/observation can be multi-factorial (Safren et al., 1999).

Liebowitz social anxiety scale has, then, been used in several countries and in different contexts, but no Brazilian study has been found on the psychometric properties of the scale.

The objective of this study is to perform a factor analysis of Liebowitz Social Anxiety Scale and to observe its internal consistency when used in a population of alcoholic patients. The data were collected as part of a research which aims to investigate the co-morbidity of social phobia and alcoholism.

#### **Material and Methods:**

The research was performed with a total of 300 alcoholic patients who were hospitalized in two mental hospitals and in a center specialized in the treatment of drug dependence in a general hospital in Porto Alegre, Brazil. The sampling method used was by convenience and the patients were recruited from December 01 to July 03.

The inclusion criteria were: to be in the 20-60-year age bracket and to live in the city. The exclusion criteria were to present a diagnosis of schizophrenia, acute psychotic disorder, mental retardation, confusional states, antisocial personality disorder, and presence of decompensated cirrhosis or other debilitating physical condition. Patients were excluded based on the information collected in the medical records and through psychiatric evaluation.

During the hospitalization, the Liebowitz social anxiety scale was administered in order to check the severity of social phobia (Liebowitz, 1987). The SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV - APA /1994), a semi-structured clinical interview based on DSM-IV, was used to check for the diagnosis of social phobia (First et al., 1996).

The measure of internal consistency was the Cronbach alpha (Cronbach, 1951). The corrected item-total correlation coefficients were calculated for each item of the scale. Items in which  $r$  were under 0.15 were considered to correlate poorly with total scale scores (Everitt & Dunn, 1983). Data were subjected to a principal component analysis. Questionnaire items loading at 0.35 or above were considered in the final

factor solution (Child, 1990). The analyses were carried out with the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (Norusis, 1986).

All patients signed an informed and free consent form, and the project was approved by the Research Ethical Committee of the UNIFESP and of the treatment facilities where the work was performed.

### **Results:**

The sample was 300 alcoholic patients, 275 of whom (91.7 %) males and 25 (8.3 %) females. Their mean age was 41.58 (SD=8.62).

### **Reliability study/Internal Consistency:**

Items' means and standard deviations are displayed in Table 1. The coefficient of internal consistency for the Liebowitz Social Anxiety Scale was 0.95. No item showed corrected item-total correlation coefficients smaller than 0.15.

### **Factor Analysis:**

The principal component analysis applied to all completed questionnaires extracted five factors, accounting for 52.9 % of the total variance of the scale items (Table 2).

The item loadings for the five rotated factors are displayed in Table 3. The scale items were distributed so that reasonable interpretation of the factors could be possible. Factor I is composed of items 29, 30, 11, 12, 31, 32, 39, 40, 3, 4, 9, 27, and 33, corresponding to "speaking in a group" dimension. This factor encompasses 34.59% of the explained variance. Items 1, 2, 5, 6, 7, 8, 25, 26, 28, and 10 are related to "activity in public" dimension (factor II), which encompasses 5.44% of the explained variance. Factor III reflects "social interaction with unknown person" and is composed of items 19, 20, 21, 22, 23, 24, 15, and 16, accounting for 4.68% of the explained variance. Items 43, 44, 47, 48, 35, 36, 37, 38, 17, 18, and 34 compose factor IV, which refers to an "attitude of disagreement or disapproval", which encompasses 4.37% of the explained variance. Finally, factor 5 corresponds to "leisure activity", comprising items 13, 14, 45, 46, 41, and 42, corresponding to 3.84% of the explained variance.

The measure of internal consistency assessed by Cronbach alpha was 0.91 for the first subscale, 0.87 for the second, 0.87 for the third, 0.86 for the fourth, and 0.83 for the fifth.

## Discussion

This study was the first one to evaluate the psychometric properties of Liebowitz Social Anxiety Scale in Brazil. Procedures were used to evaluate the reliability and the factor structure of the instrument.

The method of internal consistency of Cronbach alpha was applied to evaluate reliability. The issue of lack of reliability has been a special concern for researchers dealing with diagnoses of disorders who depend on information given by patients. In order to improve the reliability of the assessment of these disorders, researchers have reproduced measures in the form of items-symptoms which evaluate different aspects of a given disorder (Da Silveira & Jorge, 2002). Therefore, the scores of symptom scales tend to present better reliability than individual items, the improvement in reliability being a direct function of the number of items in the scale, as long as the items are positively correlated (Shrout & Yager, 1989). It is important to evaluate the reliability of measures since, according to the psychometric principles, if a measure is not reliable, it cannot be considered as valid. If the items of a scale measure the same construct, then the internal consistency of the scale may be considered as being a reliability index (Lord & Novick, 1968).

The internal consistency of Liebowitz social anxiety scale was high - 0.95 - in agreement with what has been reported in other studies (Heimberg et al., 1999; Mennin, 2002). The Turkish version of Liebowitz scale indicated good reliability. It was observed that the scale discriminated between patients with generalized social phobia and patients without this diagnosis, including those with other diagnoses of the anxiety spectrum (Soykan et al., 2003). The French version showed good validity and sensitivity in terms of detecting changes after behavioral therapy in social phobic patients (Yao et al., 1999). In its Spanish version, the scale showed good internal consistency and adequate validity, as well as reproducibility for use in clinical research and for the clinical evaluation of patients with social phobia (Bobbes et al., 1999).

The factor analysis defined 5 factors which encompassed 52.9% of the total variability of the data. This analysis differs from the study by Safren et al., which resulted in 4 factors (Safren et al., 1999). Safren's items of factor 1 (social interaction) were distributed in factor III (social interaction with unknown person) as well as in factors IV (attitude of disagreement or disapproval) and V (social interaction in leisure activity) in our study, while the items of their factor 2 (public speaking) were within factor I in our study (speaking in a group). Safren's items of factor 3 (observation fear) are

distributed among factors II (activity in public) and IV (attitude of disagreement or disapproval) of the study, and the items of factor 4 (eating and drinking in public) are included in factor II (activity in public).

The analysis confirms the idea that the model composed of two factors as initially proposed by Liebowitz does not provide an adequate fit for the data (Safren et al., 1999). Further studies are necessary to find if the factors identified here can eventually be used as subscales of Liebowitz scale.

The study presents some limitations. The sample consisted of social phobic and non-phobic alcoholic patients hospitalized in 3 hospitals of the city of Porto Alegre, Brazil, thus not being representative of the general population of alcoholics. Further research is needed to evaluate the psychometric properties of the scale in the community and in other clinical populations. Furthermore, one could also argue if alcohol dependence might eventually influence psychopathological aspects of social phobia, resulting in different symptoms clusters in the case of this specific co-morbid condition.

The identification of patients with social phobia through screening instruments such as the Liebowitz Social Anxiety Scale is of paramount importance, since it may result in an increase in the percentage of patients who receive proper treatment for this disorder.

**Acknowledgements:**

The study was partially supported by the Brazilian research funding agencies (FAPERGS and FAPESP).

## References:

Baker, S.L., Heinrichs, N., Kim, H.J. & Hofmann, S.G. (2002). The Liebowitz social anxiety scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis. *Behaviour Research Therapy* **40(6)**. 701-715.

Bobbes, J., Badia, X., Luque, A., Garcia, M., Gonzales, M.P. & Dal-Re, R. (1999). Validation of the Spanish version of the Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale and Sheehan Disability Inventory for the evaluation of social phobia. *Medicina Clinica (Barc)* **112(24)**. 530-538.

Child, D. (1990). *The essentials of factor analysis*. (2<sup>nd</sup> ed). London: Biddles

Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* **16**. 297.

Da Silveira, D.X. & Jorge, M.R. (2002). Reliability and factor structure of the brazilian version of the center for epidemiologic studies-depression. *Psychological Reports* **91**. 865-874.

Everitt, B.S. & Dunn, G. (1983). *Advanced methods of data exploration and modelling*. London: Heinemann Educational Books.

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibson, M. & Williams, J.B. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders - Patient Edition (SCID I/P, Version 2.0)*. New York: New York.

Fresco, D.M., Coles, M.E., Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hami, S., Stein, M.B. & Goetz, D. (2001). The Liebowitz social anxiety scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine* **31(6)**. 1025-1035.

Heimberg, R.G., Horner, K.J., Juster, H.R., Safren, S.A., Brown, E.J., Schneier, F.R. & Liebowitz, M.R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine* **29**. 199-212.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U. & Kendler, K.S. (1994). 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*, **51**. 8-19.

Liebowitz, M.R., Gorman, J.M., Fryer, A.J. & Klein, D.F. (1985). Social phobia: review of neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry* **42**. 729-736.

Liebowitz, M.R. (1987). Social Phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry* **22**. 141-173.



Lord, F.M. & Novick, M.R. (1968). *Statistical theories of mental test scores*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Magee, W.J., Eaton, W.W., Wittchen, H.U., McGonagle, K.A. & Kessler, R.C. (1996). Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* **53**. 159-168.

Masia-Warner, C., Storch, E.A., Pincus, D.B., Klein, R.G., Heimberg, R.G. & Liebowitz, M.R. (2003). The Liebowitz social anxiety scale for children and adolescents: an initial psychometric investigation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* **42(9)**. 1076-1084.

Mennin, D.S., Fresco, D.M., Heimberg, R.G., Schneier, F.R., Davies, S.O. & Liebowitz, M.R. (2002). Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: using the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders* **16(6)**. 661-673.

Norusis, M. (1986). *Statistical Package for Social Science - SPSS*. Chicago.

Oakman, J., Van, Ameringen, M., Mancini, C. & Farvolden, P. (2003). A confirmatory factor analysis of a self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Clinical Psychology* **59(1)**. 149-161.

Rapee, R.M. (1995). Descriptive psychopathology of social phobia. In *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment* (ed. R. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope and F. Schneier), pp. 41-66. New York: Guilford Press.

Safren, S.A., Heimberg, R.G., Brown, E.J. & Holle, C. (1997). Quality of life in social phobia. *Depression and Anxiety* **4**. 126-133.

Safren, S.A., Heimberg, R.G., Horner, K.J., Juster, H.R., Schneier, F.R. & Liebowitz, M.R. (1999). Factor structure of social fears: The Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders* **13(3)**. 253-270.

Schneier, F.R., Johnson, J., Hornig, C.D., Liebowitz, M.R. & Weissman, M.M. (1992). Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic samples. *Archives of General Psychiatry* **49**. 282-288.

Shrout, P.E. & Yager, T.J. (1989). Reliability and validity of screening scales: effect of reducing scale length. *Journal of Clinical Epidemiology* **42**. 69-78.

Soykan, C., Ozguven, H.D. & Gencoz, T. (2003). Liebowitz Social Anxiety Scale: the Turkey version. *Psychological Reports* **93**. 1059-1069.

Yao, S.N., Note, I., Fanget, F., Albuissou, E., Bouvard, M., Jalenques, I. & Cottraux, J. (1999). Social anxiety in patients with social phobia: validation of the Liebowitz Social Anxiety Scale: the French version. *Encephale* **25(5)**. 429-435.

**Table 1 - Reliability Analysis. Corrected Item-total correlations for items of the Liebowitz Social Anxiety Scale**

Item - total Statistics	Corrected Item Total Correlation
1-Fear or anxiety of telephoning in public	0.6354
2-Avoidance of telephoning in public	0.6005
3-Fear or anxiety of participating in small groups	0.6400
4-Avoidance of participating in small groups	0.5240
5-Fear or anxiety of eating in public place	0.5681
6-Avoidance of eating in public place	0.5709
7-Fear or anxiety of drinking with others in public places	0.4874
8-Avoidance of drinking with others in public places	0.4253
9-Fear or anxiety of talking to people in authority	0.6083
10-Avoidance of talking to people in authority	0.6229
11-Fear or anxiety of acting, performing or giving a talk in front of an audience	0.6390
12-Avoidance of acting, performing or giving a talk in front of an audience	0.6107
13-Fear or anxiety of going to a party	0.6137
14-Avoidance of going to a party	0.4919
15- Fear or anxiety of working while being observed	0.5964
16-Avoidance of working while being observed	0.4924
17- Fear or anxiety of writing while being observed	0.5970
18- Avoidance of writing while being observed	0.5782
19-Fear or anxiety of calling someone you don't know very well	0.5825
20-Avoidance of calling someone you don't know very well	0.5049
21- Fear or anxiety of talking with people you don't know very well	0.6894
22- Avoidance of talking with people you don't know very well	0.6292
23-Fear or anxiety of meeting strangers	0.5607
24-Avoidance of meeting strangers	0.5510
25- Fear or anxiety of urinating in a public bathroom	0.4671
26-Avoidance of urinating in a public bathroom	0.4415
27-Fear or anxiety of entering a room where others are already seated	0.6459
28- Avoidance of entering a room where others are already seated	0.5899
29-Fear or anxiety of being the center of attention	0.5961
30-Avoidance of being the center of attention	0.5715
31-Fear or anxiety of speaking up at a meeting	0.6499
32-Avoidance of speaking up at a meeting	0.6568
33-Fear or anxiety of taking a test	0.5044
34-Avoidance of taking a test	0.5353
35-Fear or anxiety of expressing a disagreement or disapproval to people you don't know very well	0.6540
36-Avoidance of expressing a disagreement or disapproval to people you don't know very well	0.5936
37-Fear or anxiety of looking at people you don't know very well in the eyes	0.5185
38-Avoidance of looking at people you don't know very well in the eyes	0.4617
39-Fear or anxiety of giving a report to a group	0.6498
40- Avoidance of giving a report to a group	0.6315
41-Fear or anxiety of trying to pick up someone	0.4995
42- Avoidance of trying to pick up someone	0.5459
43-Fear or anxiety of returning goods to a shop	0.4512
44-Avoidance of returning goods to a shop	0.4187
45-Fear or anxiety of giving a party	0.5333
46-Avoidance of giving a party	0.4787
47-Fear or anxiety of resisting a high pressure salesperson	0.4682
48-Avoidance of resisting a high pressure salesperson	0.4833

**Reliability Coefficients****N of Cases = 300****N of Items = 48****Alpha = 0.9584**

**Table 2 - Factor analysis - Variance accounted for by each factor in principal component analysis of Liebowitz Social Anxiety Scale**

Factor	Eigenvalue	% of Variance Explained
I	16.606	0.34
II	2.613	0.40
III	2.248	0.44
IV	2.101	0.49
V	1.846	0.52

**Table 3 - Five factor structure of Liebowitz Social Anxiety Scale**

Item Number and Content	Loading
<b>FACTOR I (Speaking in a group), Explained variance = 34.59, alpha = 0.91</b>	
29 - Fear or anxiety of being the center of attention	0.63
30 - Avoidance of being the center of attention	0.62
11 - Fear or anxiety of acting, performing or giving a talk in front of an audience	0.66
12 - Avoidance of acting, performing or giving a talk in front of an audience	0.61
31 - Fear or anxiety of speaking up at a meeting	0.81
32 - Avoidance of speaking up at a meeting	0.77
39 - Fear or anxiety of giving a report to a group	0.76
40 - Avoidance of giving a report to a group	0.71
3 - Fear or anxiety of participating in small groups	0.58
4 - Avoidance of participating in small groups	0.51
9 - Fear or anxiety of talking to people in authority	0.43
27 - Fear or anxiety of entering a room where other people are already seated	0.43
33 - Fear or anxiety of taking a test	0.41
<b>FACTOR II (Activity in public), Explained variance= 5.44 , alpha= 0.87</b>	
1 - Fear or anxiety of telephoning in public	0.52
2 - Avoidance of telephoning in public	0.49
5 - Fear or anxiety of eating in public place	0.67
6 - Avoidance of eating in public place	0.64
7 - Fear or anxiety of drinking with others in public places	0.63
8 - Avoidance of drinking with others in public places	0.56
25 - Fear or anxiety of urinating in a public bathroom	0.67
26 - Avoidance of urinating in public bathroom	0.66
28 - Avoidance of entering a room where other people are already seated	0.48
10 - Avoidance of talking to people in authority	0.40
<b>FACTOR III (Social interaction with unknown person), Explained variance = 4.68, alpha= 0.87</b>	
19 - Fear or anxiety of calling someone you don't know very well	0.67
20 - Avoidance of calling someone you don't know very well	0.75
21 - Fear or anxiety of talking with people you don't know very well	0.69
22 - Avoidance of talking with people you don't know very well	0.72
23 - Fear or anxiety of meeting with strangers	0.74
24 - Avoidance of meeting with strangers	0.73
15 - Fear or anxiety of working while being observed	0.35
16 - Avoidance of working while being observed	0.38
<b>FACTOR IV (Attitude of disagreement or disapproval), Explained variance = 4.37, alpha= 0.86</b>	
43 - Fear or anxiety of returning goods to a shop	0.66
44 - Avoidance of returning goods to a shop	0.65
47 - Fear or anxiety of resisting a high pressure salesperson	0.66
48 - Avoidance of resisting a high pressure salesperson	0.65
35 - Fear or anxiety of expressing a disagreement or disapproval to people you don't know very well	0.51
36 - Avoidance of expressing a disagreement or disapproval to people you don't know very well	0.56
37 - Fear or anxiety of looking at people you don't know very well	0.40
38 - Avoidance of looking at people you don't know very well	0.42
17 - Fear or anxiety of writing while being observed	0.41
18 - Avoidance of writing while being observed	0.42
34 - Avoidance of taking a test	0.49
<b>FACTOR V (Social interaction in leisure activity), Explained variance = 3.84 , alpha = 0.83</b>	
13 - Fear or anxiety of going to a party	0.60
14 - Avoidance of going to a party	0.56
45 - Fear or anxiety of giving a party	0.73
46 - Avoidance of giving a party	0.63
41 - Fear or anxiety of trying to pick up someone	0.58
42 - Avoidance of trying to pick up someone	0.53

## 8 REFERÊNCIAS

Abrams K, Kushner M, Medina KL, Voigh A. The pharmacologic and expectancy effects of alcohol on social anxiety in individuals with social phobia. *Drug Alcohol Dependence* 2001; 64: 219-31.

Alcoholics Anonymous. *Alcoholics Anonymous: the story of how many thousands of men and woman have recovered from alcoholism*. New York: Alcoholics World Services; 1976.

Alford GS. Alcoholics anonymous: an empirical outcome study. *Addict Behav* 1980; 5: 359-70.

Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Rev ABP-APAL* 1992; 14: 93-104.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. 3a ed. Washington DC: APA; 1980.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. 4a ed. Washington DC: APA; 1994.

Andrade AG, Bernick MA, Brunfentrinker P, Negro Jr PJ. Dados de confiabilidade sobre uma entrevista semi-estruturada para avaliação de tratamentos de alcoolistas: escala de severidade de alcoolismo - ESA. *Rev ABP-APAL* 1988; 10(1): 1-4.

Attia PR. Dual diagnosis: definition and treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 5: 53-63, 1988

Baker SL, Heinrichs N, Kim HJ, Hofmann SG. The Liebowitz social anxiety scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis. *Behav Res Ther* 2002; 40(6): 701-15.

Barros TP, Lotufo Neto F. Perfil clínico e demográfico de uma amostra de pacientes com diagnóstico de fobia social. *J Bras Psiquiatr* 1995; 44(6): 283-6.

Bobbes J, Badia X, Luque A, Garcia M, Gonzales MP, Dal-Re R. Validation of the Spanish version of the Liebowitz Social Anxiety Scale, social anxiety and distress scale and Sheehan disability inventory for the evaluation of social phobia. *Med Clin (Barc)* 1999; 112(24): 530-8.

Brady TM, Krebs CP, Laird G. Psychiatric comorbidity and not completing jail-based substance abuse treatment. *Am J Addict* 2004; 13: 83-101.

Burns L, Teesson M. Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug Alcohol Depend* 2002; 68: 299-307.

Brunello N, Den Boer JA, Judd LL, Kasper S, Kelsey JE, Lader M et al. Social phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *J Affect Disord* 2000; 60(1): 61-74.

Busnello ED, Pereira MP, Knapp WP, Salgado CAI, Taborda JGV, Knijnik L et al. Morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre. *J Bras Psiquiatr* 1992; 41(10): 507-12.

Caetano R. Problemas relacionados com el consumo de alcohol en America Latina. *Revision Bibliografica. Bol Of Sanit Panam* 1984; 97: 497-504.

Caldwell PE, Cutter HSG. Alcoholics Anonymous affiliation during early recovery. *J Subst Abuse Treat* 1998; 15: 221-8.

Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo AS. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo; 2001.

Carrigan MH, Randal CL. Self-medication in social phobia. A review of the alcohol literature. *Addict Behav* 2003; 28(2): 269-84.

Castel S, Formigoni MLOS. Escalas para avaliação de tratamentos de dependência de álcool e outras drogas. *Rev Psiq Clin* 1999; 26(1): 1-5.

Castel S. Dependência de álcool e outras drogas. In: Hetem LAB, Graeff FG. *Transtornos de ansiedade*. São Paulo: Atheneu; 2004. p.389-406.

Chappel JN. Long-term recovery from alcoholism. *Psychiatr Clin North Am* 1993; 16(1): 177-87.

Chambless DL, Cherney J, Caputto JC. Anxiety disorders and alcoholism: a study with inpatients alcoholics. *J Anxiety Disord* 1987; 1: 29-40.

Chignon JM, Lépine JP, Ades J. Trouble panique et conduites d'alcoolisation. *Encephale* 1991; 17: 519-23.

Chignon JM, Lépine JP. Trouble panique et alcoolisme: influence de la comorbidité. *Rev Can Psychiatr* 1993; 38(7): 485-93.

Child D. *The essentials of factor analysis*. 2nd ed. London: Biddles; 1990.

Cornelius JR, Bukstein O, Salloum I, Clark D. Alcohol and psychiatric comorbidity. *Recent Dev Alcohol* 2003; 16: 361-74.

Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; 16: 297.

Crum RM, Pratt LA. Risk of heavy drinking and alcohol use disorders in social phobia: a prospective analysis. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1693-700.

Da Silveira DX, Jorge MR. Co-morbidade psiquiátrica em pacientes dependentes de substâncias psicoativas: resultados preliminares. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(3): 145-51.

Da Silveira DX, Jorge MR. Reliability and factor structure of the brazilian version of the center for epidemiologic studies-depression. *Psychol Rep* 2002; 91: 865-74.

Davidson JRT, Hughes DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol Med* 1993; 23: 709-18.

Degonda M, Angst J. The Zurich study. XX. Social phobia and agoraphobia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993; 243: 95-102.

Dingemans AE, Van Vliet IM, Couvé J, Westenberg HG. Characteristics of patients with social phobia and their treatment in specialized clinics for anxiety disorders in the Netherlands. *J Affect Disord* 2001; 65: 123-9.

Driessen M, Meier S, Hill A, Wetterling T, Lange W, Junghanns K. The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol Alcohol* 2001; 36(3), 249-255.

Emrich CD. Alcoholics Anonymous: affiliation process and effectiveness as treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 1987; 11: 416-23.

Everitt BS, Dunn G. *Advanced methods of data exploration and modelling*. London: Heinemann Educational Books; 1983.

Farrell M, Howes S, Bebbington P, Traolach B, Jenkins R, Lewis G, et al. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 432-7.

Figueira I, Nardi AE, Marques C, Mendlowicz M, Ventura P, Saboya E, et al. Abuso de álcool e fobia social - Revisão da literatura e relato de seis casos de comorbidade. Programa de Ansiedade e Depressão - UFRJ. Série Psicofarmacologia -12. J Bras Psiquiatr 1993; 42(2): 63-8.

First MB, Spitzer RL, Gibson M, Williams JB. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders - Patient Edition (SCID I/P, Version 2.0). Washington DC: American Psychiatric Association; 1996.

Fiorentine R. After drug treatment are 12-step programs effective in maintaining abstinence? Am J Drug Alcohol Abuse 1999; 25: 93-116.

Fiorentine R, Hillhouse P. Exploring the addictive effects of drug misuse treatment and twelve-step involvement: Does twelve-step ideology matter? Subst Use Misuse 2000; 35: 367-97.

Fresco DM, Coles ME, Heimberg RG, Liebowitz MR, Hami S, Stein MB et al. The Liebowitz social anxiety scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. Psychol Med 2001; 31(6): 1025-35.

George DT, Nutt DJ, Dwyer BA, Linnoila M. Alcoholism and panic disorder: is comorbidity more than coincidence? Acta Psychiatr Scand 1990; 81: 97-107.

Girela E, Villanueva E, Hernandez-Cueto C, Luna JD. Comparison of the CAGE questionnaire versus some biochemical markers in the diagnosis of alcoholism. Alcohol Alcohol 1994; 29(3): 337-43.

Gordis L. Epidemiology. Pennsylvania: WB Saunders; 1996.

Gossop M, Harris J, Best B, Lan-Ho M, Manning V, Marshall J et al. Is attendance at alcoholics anonymous meetings after inpatient treatment related to improved outcomes? A 6-month follow-up study. Alcohol Alcohol 2003; 38(5): 421-26.



Helzer PE, Pryzbeck TR. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J Stud Alcohol* 1998; 49: 219-24.

Heimberg RG, Horner KJ, Juster HR, Safren SA, Schneier FR, Liebowitz MR, et al. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychol Med* 1999; 29: 199-212.

Himle JA, Hill EM. Alcohol abuse and the anxiety disorders: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Survey. *J Anxiety Disord* 1991; 51: 237-45.

Hochgraf PB. Alcoolismo feminino: comparação de características sociodemográficas e padrão de evolução entre homens e mulheres alcoolistas. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1995.

Humphreys K, Moos RH, Cohen C. Social and community resources and long-term recovery from treated and untreated alcoholism. *J Stud Alcohol* 1997; 58: 231-38.

Humphreys K. Alcoholics Anonymous and 12-step alcoholism treatment programs. *Recent Dev Alcohol* 2003; 16: 149-64.

Janowsky DS, Boone A, Morter S, Howe L. Personality and alcohol/substance-use disorder patient relapse and attendance at self-help group meetings. *Alcohol Alcohol* 1999; 34(3): 359-69.

Johannessen DJ, Cowley DS, Walker RD, Jensen CF, Parker L. Prevalence, onset, and clinical recognition of panic states in hospitalized male alcoholics. *Am J Psychiatry* 1989; 146(9): 1201-03.

Jordan LC, Davidson WS, Herman SE, BootMiller BJ. Involvement in 12-step programs among persons with dual diagnoses. *Psychiatr Serv* 2002; 53(7): 894-6.

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

Kelly JF, McKellar JD, Moos R. Major depression in patients with substance use disorders: relationship to 12-step self-help involvement and substance use outcomes. *Addiction* 2003; 98: 499-508.

Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 313-21.

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.

Kownacki RJ, Shadish WR. Does alcoholics anonymous work? The results from a meta-analysis of controlled experiments. *Subst Use Misuse* 1999; 34: 1897-916.

Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD. The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 685-95.

Kushner MG, Kennerly DA, Erickson DJ. Prospective analysis of the relation between DSM-III anxiety disorders and alcohol use disorders. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 723-32.

LaBounty LP, Hatsukami D, Morgan SF, Nelson L. Relapse among alcoholics with phobic and panic symptoms. *Addict Behav* 1992; 17: 9-15.

Lang AJ, Stein MB. Social phobia: prevalence and diagnostic threshold. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(Suppl 1): 5-10.

Lecrubier Y. Implications of early onset social phobia on outcome. *Eur Neuropsychopharmacol* 1997; 7(Suppl 2): 85.

Lecrubier Y. Comorbidity in social anxiety disorder: impact on disease burden and management. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(Suppl 17): 33-7.

Lépine J, Pélissolo A. Social Phobia and alcoholism: a complex relationship. *J Affect Disord* 1998; 50(Suppl 1): 23-8.

Liebowitz MR, Gorman JM, Fryer AJ, Klein DF. Social phobia: review of neglected anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 729-36.

Liebowitz MR. Social phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 1987; 22: 141-73.

Lord FM, Novick MR. *Statistical theories of mental test scores*. New York: Addison-Wesley; 1968.

Lotufo Neto F, Andrade AG. Agorafobia e fobia social em alcoolistas. *J Bras Psiquiatr* 1986; 35(2): 111-16.

Lotufo Neto F e Gentil V. Alcoholism and phobic anxiety - a clinical-demographic comparison. *Addiction* 1994; 89: 447-53.

Lydiard RB, Brady K, Ballenger JC. Anxiety and mood disorders in hospitalized alcoholic individuals. *Am J Addict* 1992; 1: 325-31.

Lydiard RB. Social anxiety disorder: comorbidity and its implications. *J Clin Psychiatry* 2001; 58(Suppl 1): 17-23.

Maciel LMA, Gentil Filho V. Transtorno de pânico e alcoolismo - um estudo retrospectivo. *Rev ABP-APAL* 1998; 10(1): 8-11.

Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 159-68.

Manuzza S, Schneier FR, Chapman TF, Liebowitz MR, Klein DF, Fyer AJ. Generalized social phobia: reliability and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 230-7.

Marques CS. Fobia social: estudo da comorbidade. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1994.

Marques C, Figueira I, Mendlowicz M, Nardi AE, Andrade Y, Versiani M, et al. Comorbidade: fobia social generalizada, anorexia nervosa e abuso de psicoestimulantes. *Série Psicofarmacologia - 21. J Bras Psiquiatr* 1994; 43(1): 3-9.

Marshall JR. Alcohol and substance abuse in panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 46-8.

Masia-Warner C, Storch EA, Pincus DB, Klein RG, Heimberg RG, Liebowitz MR. The Liebowitz social anxiety scale for children and adolescents: an initial psychometric investigation. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42(9): 1076-84.

Masur J, Jorge MR. Dados relacionados a bebidas alcoólicas e alcoolismo no Brasil: Uma revisão. *Rev ABP-APAL* 1986; 8: 157-65.

Matos EG, Souza AM, Matos Jr EG. Alcoolismo e fobia social: suas possíveis relações com a depressão. *J Bras Psiquiatr* 1997; 46(1): 9-12.

McGrath PJ, Nunes EV, Quitkin FM. Current concepts in the treatment of depression in alcohol-dependent patients. *Psychiatr Clin North Am* 2000; 23(4): 695-711.

McKellar J, Stewart E, Humphreys K. Alcoholics Anonymous involvement and positive alcohol related outcomes: cause, consequence, or just a correlate? A prospective 2-year study of 2319 alcohol-dependent men. *J Consult Clin Psychol* 2003, 71(2): 302-8.

Mennin DS, Fresco DM, Heimberg RG, Schneier FR, Davies SO, Liebowitz MR. Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: using the Liebowitz Social Anxiety Scale. *J Anxiety Disord* 2002; 16(6): 661-73.

Monteiro MG, Masur J. Diagnostic of alcoholism: how useful is the combination of gamma-glutamyltransferase with different biochemical markers? *Drug Alcohol Depend* 1985; 16(1): 31-7.

Monteiro MG, Masur J. Value of serum gama-glutamyltransferase in the diagnosis of alcoholism. *Rev Assoc Med Bras* 1986; 32(1-2): 25-30.

Moos R, Schaefer J, Andrassy J, Moos B. Outpatient mental health care, self-help groups, and patients one-year treatment outcomes. *J Clin Psychol* 2001; 57(3): 273-87.

Moreira LB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo S, Fuchs SC. Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a southern brazilian city: a population-based survey. *J Stud Alcohol* 1996; 57: 253-9.

Morgenstern J, Labouvie E, McCrady BS, Kahler CW, Frey RM. Affiliation with alcoholics anonymous after treatment: a study of its therapeutic effects and mechanisms of action. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65: 768-77

Moutier CY, Stein MB. The history, epidemiology, and differential diagnosis of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(Suppl 9): 4-8.

Mullaney JA, Trippett CJ. Alcohol dependence and phobias: clinical description and relevance. *Br J Psychiatry* 1979; 135: 565-73.

Myrick H, Brady KT. Social phobia in cocaine-dependent individuals. *Am J Addict* 1997; 6: 99-104.

Naftolowitz DF, Vaughn BV, Rane J, Tancer ME. Response to alcohol in social phobia. *Anxiety* 1994; 1: 96-9.

- Norusis M. *Statistical Package for Social Science - SPSS*. Chicago: SPSS Inc.; 1986.
- Nunes EV, McGrath PJ, Quitkin FM. Treating anxiety in patients with alcoholism. *J Clin Psychiatry* 1995; 56(Suppl 2): 3-9.
- Oakman J, Van Ameringen M, Mancini C, Farvolden P. A confirmatory factor analysis of a self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *J Clin Psychol* 2003; 59(1): 149-61.
- Page AC, Andrews G. Do specific anxiety disorders shown specific drug problems? *Aust N Z J Psychiatry* 1996; 30(3): 803-6.
- Quitkin FM, Rifkin A, Kaplan J, Klein DF. Phobic anxiety syndrome complicated by drug dependence and addiction. *Arch Gen Psychiatry* 1972; 27: 159-62.
- Randall CL, Thomas S, Thevos AK. Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: a first step toward developing effective treatments. *Alcohol Clin Exp Res* 2001; 25: 210-20.
- Rapee RM. Descriptive psychopathology of social phobia. In Heimberg R, Liebowitz M, Hope D, Schneier F. *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford Press; 1995. p.41-66.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA* 1990; 264: 2511-18.
- Ross HE, Glaser FB, Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1023-31.
- Safren SA, Heimberg RG, Brown EJ, Holle C. Quality of life in social phobia. *Depress Anxiety* 1997; 4: 126-33.

Safren SA, Heimberg RG, Horner KJ, Juster HR, Schneier FR, Liebowitz MR. Factor structure of social fears: The Liebowitz Social Anxiety Scale. *J Anxiety Disord* 1999; 13(3): 253-70.

Saaren L, Stein M. A review of the epidemiology and approaches to the treatment of social anxiety disorder. *Drugs* 2000; 59(3): 497-509.

Sareen J, Chartier M, Kjernisted KD, Stein MB. Comorbidity of phobic disorders with alcoholism in a canadian community sample. *Can J Psychiatry* 2001; 46: 733-40.

Schadé A, Marquenie LA, Van Balkon EB, Van Dyck R, Van den Brink W. Do comorbidity anxiety disorders in alcohol-dependent patients need specific treatment to prevent relapse? *Alcohol Alcohol* 2003; 38: 255-62.

Schneier FR, Martin LY, Liebowitz MR. Alcohol abuse in social phobia. *J Anxiety Disord* 1989; 3: 15-23.

Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissmann MM. Social phobia: comorbidity and morbidity in na epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 282-8.

Schuckit MA. Transtornos relacionados ao álcool. In: Kaplan HI, Sadock BJ. *Tratado de Psiquiatria*. 6a ed. Porto Alegre: Artmed; 1999. p.838-55.

Sheeran T, Zimmerman M. Social phobia: still a neglected anxiety disorder? *J Nerv Ment Dis* 2002; 190(1): 786-8.

Shrout PE, Yager TJ. Reliability and validity of screening scales: effect of reducing scale lenght. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 69-78.

Sloan TB, Roache JD, Johnson BA. The role of anxiety in predicting drinking behaviour. *Alcohol Alcohol* 2003; 38(4): 360-63.

Soykan C, Ozguven HD, Gencoz T. Liebowitz Social Anxiety Scale: the Turkey version. *Psychol Rep* 2003; 93: 1059-69.

Smail P, Stockwell T, Canter S, Hodgson R. Alcohol dependence and phobic anxiety states: I. A prevalence study. *Brit J Psychiatry* 1984; 144: 53-7.

Steigerwald F, Stone D. Cognitive restructuring and the 12-step program of Alcoholics Anonymous. *J Subst Abuse Treat* 1999; 321-27.

Stein MB, Chavira DA. Subtypes of social phobia and comorbidity with depression and other anxiety disorders. *J Affect Disord* 1998; 50(Suppl 1): 11-16.

Stockwell T, Smail P, Canter S, Hodgson R. Alcohol dependence and phobic anxiety states I. A prevalence study. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 53-7.

Swendsen JD, Merikangas KR, Canino GJ, Kessler RC, Rubio-Stipec M, Angst J. The comorbidity of alcoholism with anxiety depressive disorders in four geographic communities. *Compr Psychiatry* 1998; 39(4), 176-84.

Terra MB. Fobia social e transtorno de pânico em pacientes dependentes de substâncias psicoativas hospitalizados. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.

Terra MB, Figueira I, Athayde LD. Fobia social e transtorno de pânico: relação temporal com dependência de substâncias psicoativas. *R Psiquiatr RS* 2003; 25(3): 436-43.

Terra MB, Figueira I, Barros HMT. Impact of alcohol intoxication and withdrawal syndrome on social phobia and panic disorder in alcoholic inpatients. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo* 2004; 59(4): 187-92.

Thase ME, Salloum IM, Cornelius JD. Comorbid alcoholism and depression: treatment issues. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(Suppl 20), 32-41.



Thomas SE, Thevos AK, Randall CL. Alcoholics with and without social phobia: a comparison of substance use and psychiatric variables. *J Stud Alcohol* 1999; 60: 472-9.

Thurstin AH, Alfano AM, Nerviano VJ. The efficacy of AA attendance for aftercare inpatient alcoholics: some follow-up data. *Int J Addict* 1987; 22: 1083-90.

Thyer BA, Parrish RT, Himle J, Cameron OG, Curtis GC, Nesse RM. Alcohol abuse among clinically anxious patients. *Behav Res Ther* 1986; 24: 357-9.

Tómasson K, Vaglum P. Psychiatric co-morbidity and aftercare among alcoholics: a prospective study of a nationwide representative sample. *Addiction* 1998; 93(3): 423-31.

Timko C, Moos RH, Finney JW, Moos BS. Outcome of treatment for alcohol abuse and involvement in Alcoholics Anonymous among previously untreated problem drinkers. *J Ment Health Adm* 1994; 21(2): 145-60.

Van Ameringen M, Mancini C, Styan G, Donison D. Relationship of social phobia with other psychiatric illness. *J Affect Disord* 1991; 21: 93-9.

Versiani M, Mundim FD, Nardi AE, Liebowitz MR. Tranylcypramine in social phobia. *J Clin Psychopharmacol* 1988; 8(4): 279-83.

Versiani M, Nardi AE, Mundim FD. Fobia social. *J Bras Psiquiatr* 1989; 38: 251-63.

Watkins TR, Lewellen A, Barret M. Dual diagnosis: an integrated approach to treatment. London: Sage Publications; 2001.

Watson CG, Hancock M, Gearhart LP, Mendez CM, Malovrh P, Raden M. A comparative outcome study of frequent, moderate, occasional, and nonattenders of Alcoholics Anonymous. *J Clin Psychol* 1997; 53(3): 209-14.

Wells EA, Peterson PL, Gainey RR, Hawkins JD, Catalano RF. Outpatient treatment for cocaine abuse: a comparison of relapse prevention and twelve-step approaches. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 1994; 20: 1-17.

Wesner RB. Alcohol use and abuse secondary to anxiety. *Psychiatr Clin North Am* 1990; 13(4): 699-713.

Westphal C. Die agoraphobie: eine neuropathische erscheinung. *Arch Psychiatr Nervenker* 1871; 3: 138-171.

Yao SN, Note I, Fanget F, Albuissou E, Bouvard M, Jalenques I et al. Social anxiety in patients with social phobia: validation of the Liebowitz Social Anxiety Scale: the French version. *Encephale* 1999; 25(5): 429-35.

Yersin B, Nicolet JF, Dercrey H, Burnier M, Van Melle G, Pecoud A. Screening for excessive alcohol drinking. Comparative value of carbohydrate-deficient transferrin, gamma-glutamyltransferase, and mean corpuscular volume. *Arch Intern Med* 1995; 155(17): 1907-11.

Zimmerman G, Pin MA, Krenz S, Bouchat A, Favrat B, Zullino DF, et al. Prevalence of social phobia in a clinical sample of drug dependent patients. *J Affect Dis* 2004; 83(1): 83-7.

**Abstract**