

## O uso do treino de habilidades sociais em pessoas com fobia social na terapia comportamental

The use of social skills training in persons with social phobia in behavior therapy

Uso de entrenamiento de habilidades sociales en personas con fobia social en la terapia conductual

Juliana Ferreira da Rocha<sup>1</sup>, Alessandra Turini Bolsoni-Silva<sup>2</sup> e Ana Cláudia Moreira Almeida Verdu<sup>3</sup>

[1] [2] [3] Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Brasil | **Título abreviado:** Fobia social e terapia comportamental | **Endereço para correspondência:** Av. Engenheiro Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01 CEP: 17033-360 Bauru-São Paulo/Brasil: (14) 3103-6087

**Resumo:** Os efeitos de uma intervenção em habilidades sociais foram avaliados em quatro universitários na faixa etária entre 19 e 31 anos, com diagnóstico de fobia social. O desempenho em habilidades sociais assim como desempenho compatível com o transtorno foi avaliado antes, após a intervenção, e em seguimento, quatro meses depois, pelos instrumentos: SCID-I, Mini-SPIN, QACC-VU e IHS em um delineamento de linha de base múltipla entre participantes. A intervenção programou 12 encontros semanais nos quais a pesquisadora discutia alternativas socialmente habilidosas para as dificuldades descritas, conduzia exposições teóricas dialogadas sobre o tema do encontro, bem como realizava avaliações funcionais e treino de repertório dos participantes. Observou-se *déficits* tais como falar em público, iniciar e manter conversação, no repertório de habilidades sociais dos participantes, coerentes com os critérios de fobia social e dificuldades na adaptação à universidade. Após a intervenção os participantes deixaram de apresentar dificuldade de falar em público, característica de desempenho compatível com o diagnóstico de fobia social, e ampliaram o repertório social, embora ainda haja a necessidade de aprimorar outras habilidades, como, por exemplo, expressar sentimento positivo.

**Palavras-chave:** Fobia Social; Habilidades Sociais; Análise do Comportamento; Intervenção Planejada

**Abstract:** The effects of an intervention in social skills were assessed in four university students with ages between 19 and 31, with social phobia diagnosis. The performance in social skills as well as performance-compatible disorder was assessed before, after the intervention, and follow-up in four months later, by the instruments: SCID-I, Mini-SPIN, QACC-VU and IHS in a multiple baseline design among participants. The intervention programmed twelve weekly meetings in which the researcher discussed socially skilled alternatives to the described difficulties; led dialogued theoretical explanations about the theme of the meeting and also performed functional assessments and repertory training of the participants. It was observed deficits such as public speaking, starting and maintaining conversation in the participants' social skills repertory, which are consistent with the criteria for social phobia and the difficulties into the adapting to university. After the intervention, the participants left difficulties in public

speaking, performance characteristic compatible with the social phobia diagnosis and they also increased social repertory, although it is still necessary the improvement of other skills, such as expressing positive feeling.

**Keywords:** Social Phobia; Social Skills; Behavior Analysis; Planned Intervention

**Resumen:** Los efectos de un entrenamiento en habilidades sociales se evaluaron en cuatro universitarios con edades comprendidas entre 19 y 31 años, con diagnóstico de fobia social. El rendimiento en las habilidades sociales, así como el desempeño compatibles con el trastorno se evaluó antes, después de la intervención y el seguimiento, cuatro meses más tarde, los instrumentos: SCID-I, Mini-SPIN, QACC-VU y el IHS en una línea completa de base entre varios participantes. La intervención ha programado 12 reuniones semanales en las que el investigador discutió alternativa socialmente inteligente a las dificultades descritas, dando explicaciones teóricas dialogaron sobre el tema de la reunión, y realizó evaluaciones funcionales y el repertorio de la formación de los participantes. Déficits observados como hablar en público, iniciar y mantener conversaciones, las habilidades sociales de los participantes, de conformidad con los criterios para la fobia social y dificultades de adaptación a la universidad. Después de la intervención de los participantes no presentaron dificultades en el habla, las características de rendimiento públicas compatibles con el diagnóstico de fobia social, social y ampliar el repertorio, aunque todavía hay una necesidad de mejorar otras habilidades, como la expresión de un sentimiento positivo.

**Palabras-clave:** Fobia Social; Habilidades Sociales; Análisis del Comportamiento; Intervención planificada

As autoras são gratas a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pela bolsa concedida para a realização do projeto de pesquisa que originou o presente artigo

Os universitários são expostos a uma diversidade de situações sociais que muitas vezes podem ser enfrentadas com dificuldade e tentativas de esquiva, o que constitui fator de risco para a aquisição de comportamentos compatíveis com o diagnóstico de fobia social. O fóbico social teme ser o centro das atenções em situações sociais, comportar-se de maneira humilhante e aumenta a frequência de repertórios de fugir ou evitar essas situações (APA, 2002).

Considerando que a pessoa habilidosa socialmente discrimina corretamente o desempenho esperado e o dispõe em seu repertório maximizando os ganhos para a interação, questiona-se os efeitos de uma intervenção comportamental com treinamento de habilidades sociais sobre o repertório de universitários com fobia social.

A definição de Habilidades Sociais (HS) não é unívoca na literatura. Segundo Caballo (1996), HS é um conjunto de comportamentos que são emitidos por um indivíduo capaz de expressar seus sentimentos, atitudes, opiniões, respeitando os próprios direitos e o direito dos outros, em um contexto interpessoal, proporcionando, em geral, a resolução dos problemas imediatos da situação e a diminuição da probabilidade de problemas futuros. McFall (1982) define HS como comportamentos passíveis de observação ou encobertos, os quais fazem parte do repertório social do indivíduo diante das demandas de situações interpessoais. Para Del Prette e Del Prette (1999), HS são diferentes classes de comportamentos sociais aprendidos e emitidos pelo indivíduo diante das demandas de uma situação interpessoal específica. Compreende-se por demanda a ocasião diante da qual se espera um determinado desempenho social em relação a uma ou mais pessoas. Bolsoni-Silva (2002) acrescenta à definição apresentada por Del Prette e Del Prette (1999) o papel das consequências na aquisição e manutenção das classes de comportamentos sociais, conferindo a essas, características operacionais.

Segundo Bolsoni-Silva (2002), a dimensão situacional do comportamento implica que o indivíduo pode se comportar de forma socialmente adequada em um contexto e não em outro, como o indivíduo que é habilidoso no trabalho, com relação aos colegas, autoridades, porém, não generaliza estas habilidades para o contexto de educação de filhos. A ausência de generalização está atrelada à sensibili-

dade das pessoas às consequências de seus próprios comportamentos. No exemplo dado, é provável que o comportamento socialmente adequado seja mantido no ambiente de trabalho por ser reforçado, o que pode não ocorrer no ambiente familiar.

No presente trabalho adota-se a definição de habilidades sociais dada por Del Prette e Del Prette (1999) e Bolsoni-Silva (2002), acima citados, considerando-se que a ausência de um sistema conceitual definitivo torna-se um obstáculo para o consenso, tornando a definição de HS mais difícil de ser elaborada e contextualizada (Del Prette, Del Prette, & Barreto, 1998). Acrescenta-se tal como afirmam Bolsoni-Silva e Carrara (2010) que habilidades sociais são adjetivos, dados pela comunidade científica, a comportamentos operantes com alta probabilidade de produzir reforçadores positivos e negativos e, nesse sentido, podem funcionar como comportamentos incompatíveis a comportamentos-problema. A caracterização de *déficits* em HS representa a ausência ou emissão em baixa frequência do comportamento esperado diante de uma demanda (McFall, 1982) e requer programas educacionais que desenvolvam repertório socialmente habilidoso.

O treinamento de habilidades sociais (THS) visa superar déficits no desempenho social com o desenvolvimento de repertório socialmente desejado por meio de procedimentos clínicos e educativos (Bolsoni-Silva, 2002). Os programas de THS estabelecem diversos comportamentos socialmente competentes, bem como a sensibilidade às contingências, as quais atuam como condições para a seleção de comportamentos funcionais para o indivíduo lidar com as demandas de interação social (Del Prette & Del Prette, 2010). Os treinamentos de habilidades sociais promovem o comportamento descritivo e discriminativo e, por conseguinte, desenvolvem o conhecimento do próprio desempenho e das contingências relacionadas (Del Prette & Del Prette, 2001), bem como amplia as alternativas de resposta do indivíduo, o que possibilita a superação de comportamento-problema.

No contexto universitário, as habilidades sociais constituem recursos indispensáveis para a realização de atividades essenciais para a vida universitária, como fazer amizade, trabalhar em grupo, apresentar seminário, interagir com o profes-

sor, lidar com críticas, lidar com relacionamentos amorosos (Boas, Silveira & Bolsoni-Silva, 2005; Del Prette et al, 2004; Gerk & Cunha, 2006). Todavia, a aprendizagem dessas habilidades raramente ocorre nos currículos da graduação e geralmente não contempla as necessidades daqueles alunos que apresentam maiores dificuldades (Del Prette, Del Prette & Barreto, 2006).

Bolsoni-Silva, Loureiro, Rosa e Oliveira (2010), avaliaram as habilidades sociais de universitários ao longo dos anos de graduação, pelo Questionário de Habilidades Sociais para Universitários e do Inventário de Habilidades Sociais (IHS) e notaram que 35% dos estudantes avaliados precisavam de algum tipo de assistência que favorecesse o desenvolvimento das habilidades sociais. Enquanto déficits, os seguintes índices se destacaram: “expressão de sentimentos negativos”, “apresentação de seminários” e “lidar com críticas”, sobretudo para estudantes dos primeiros anos letivos. Bandeira e Quaglia (2005), em uma amostra de 40 universitários, encontraram queixas relacionadas à dificuldade em solicitar mudança de comportamento e situações negativas de expressar insatisfação. O desconforto e frequente tentativa de esquiva de situações sociais se constituem fator de risco para a fobia social e isolamento (Boas, Silveira & Bolsoni-Silva, 2005).

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), a Fobia Social<sup>1</sup> é caracterizada pelo medo excessivo, persistente e irracional de uma ou mais situações nas quais o indivíduo é exposto à possível avaliação de ações como comer, escrever, falar em público, temendo assim comportar-se de maneira humilhante e da conseqüente desaprovação por parte dos outros. O temor principal é o de ser o centro das atenções, mostrar fraquezas e, em virtude disso, ter o desempenho avaliado negativamente (Burato, Crippa & Loureiro, 2009) e tais características não são decorrentes de uma condição médica geral ou outro transtorno psiquiátrico. O medo deve acarretar grande sofrimento e prejuízo para o funcionamento diário do indivíduo (Collimore & Asmundson, 2009). Já o transtorno de ansiedade social pode ser classificado

em generalizado e específico. O tipo generalizado caracteriza-se pelo medo extremo relacionado às situações de interação social e de desempenho em público como, por exemplo, iniciar conversas, participar de pequenos grupos, interagir com pessoas do sexo oposto, falar com autoridade e frequentar festas. Já o tipo específico é caracterizado pelo temor diante de situações específicas de desempenho, como por exemplo o falar em público (APA, 2002). De acordo com o Manual (APA, 2002), o tipo generalizado apresenta acentuado prejuízo social e ocupacional, devido à evitação frequente e constante da maioria das situações sociais, o que caracteriza a esquiva fóbica. Tanto a Fobia Social quanto a Ansiedade Social têm como condição desencadeante o contato social que adquiriu função ameaçadora; a diferença entre ambos pode ser considerada de grau (Barlow, 1988). Diante de um evento ameaçador ou incômodo, o fóbico emite uma resposta que elimina (fuga), ameniza ou adia esse evento (esquiva) (Zamignani & Banaco, 2005). São exemplos de comportamento de fuga a ausência da sala de aula ao precisar falar e desligar o telefone antes que a outra pessoa possa atender. No que tange à esquiva, esta pode se manifestar em situações tais como: um aluno talentoso se recusa em ir à faculdade pelo medo de falar na aula (exposição oral), fazer amigos (passar pela avaliação dos outros) (Furmark, 2000). Os comportamentos de fuga e esquiva podem ser tão bem sucedidos que o indivíduo não tem meios de aprender que a situação aversiva que os gerou pode não ocorrer novamente (Sidman, 1995). Esses comportamentos podem ser modificados por meio de intervenções apropriadas e pelo manejo de condições que promovam o sistema de reforçamento levando a pessoa a desenvolver maior autocontrole e autoconsciência (Goldiamond, 1974/2000).

Estudos evidenciam que indivíduos com fobia social e com elevados níveis de ansiedade social apresentam repertório inferior de habilidades sociais e competência social em comparação com indivíduos não-clínicos (Baker & Edelmann, 2002; Strahan, 2003; Wenzel, Graff-Dolezal, Macho & Brendle, 2005). Fóbicos sociais avaliam negativamente o próprio desempenho social, mesmo quando foram habilidosos. Além disso, são hipersensíveis a críticas e avaliações (Del Prette & Del Prette, 2002; Silveira & Meyer, 2000) e, em suas auto avaliações, apóiam-se

1 Os termos “Transtorno de Ansiedade Social” e “Fobia Social” ou “indivíduos com transtorno de ansiedade social” e “fóbicos sociais” serão usados no presente trabalho indistintamente.

em julgamentos idealizados, baseados em comparações e avaliações de competência social relacionadas à elevada exigência, favorecedoras de avaliações negativas (Walsh, 2002). Antes da intervenção, portanto, torna-se importante uma avaliação apropriada, que segundo Barlow (1999) deve conter uma análise comportamental funcional com as seguintes etapas: Entrevista estruturada ou semi-estruturada aprofundada e Entrevista Estruturada para Transtornos de Ansiedade.

As intervenções que têm demonstrado eficácia em pacientes com fobia social são: farmacológicas (Sareen & Stein, 2000; Walsh, 2002), terapia cognitivo-comportamental (Delsignore, 2008; Isolan, Pheula & Manfro, 2007; Walsh, 2002), treinamento de habilidades sociais (Levitan, Rangé & Nardi, 2008; McKay, Wood & Brantley, 2007; Sareen & Stein, 2000; Walsh, 2002) e terapia comportamental (Dozois & Dobson, 2004; Rowa & Antony, 2005; Sareen & Stein, 2000; Walsh, 2002). O tratamento que tem recebido mais atenção é o tratamento farmacológico combinado a terapia cognitivo-comportamental (Graeff & Hetem, 2004), no entanto, a terapia cognitivo-comportamental tem se mostrado mais efetiva que a medicamentosa, ainda que não resolva todos os casos (Dozois & Dobson, 2004). Adicionalmente as terapias comportamentais, a partir de revisão apresentada por Dozois e Dobson (2004), são voltadas sobretudo para a redução de sintomas respondentes, que enquanto técnica valhem-se de dessensibilização sistemática, exposição e relaxamento (Barlow, 1999). Por outro lado, treinamentos em habilidades sociais,

conforme Del Prette e Del Prette (2001), podem ser conduzidos a partir de diferentes abordagens teóricas (cognitiva, cognitivo-comportamental, comportamental-respondente, comportamental-operante, aprendizagem social). Dessa forma uma terapia comportamental voltada sobretudo para a promoção de autoconhecimento (Skinner, 1953/2000) e de comportamentos operantes, sendo esses os descritos como habilidades sociais, ainda é rara na literatura, especialmente para o tratamento de fobia social.

Diante dessas considerações, o presente estudo teve por objetivo avaliar os efeitos de um procedimento de intervenção comportamental com treino de habilidades sociais para o tratamento de fobia social junto a universitários, antes, após e no seguimento da intervenção.

## Método

### Participantes

Participaram quatro universitários diagnosticados com fobia social, graduandos de uma universidade pública do interior de São Paulo, na faixa etária de 19 a 31 anos (23 anos em média), sendo dois do sexo masculino e dois do sexo feminino, discentes de cursos e anos diferentes. A caracterização dos participantes está descrita na Tabela 1.

O critério de inclusão dos participantes no estudo foi o de ser universitário (exceto de curso de Psicologia) com o diagnóstico de Fobia Social, sem comorbidade. As diferenças demográficas não foram consideradas devido à baixa adesão de fóbicos sociais em intervenção interpessoal. A numeração (1, 2, 3 e 4) foi realizada de acordo com a sequência dos atendimentos.

**Tabela 1 – Caracterização dos participantes**

Participantes	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Trabalho	Residência
1	M	19	2º Ano Bacharelado em Ciência da Computação	Solteiro/ Sem namorada	Não	República residia com um amigo
2	F	22	4º Ano Pedagogia	Solteira/ Com namorado	Estagiária	República residia com quatro amigas
3	F	31	6º Ano Arquitetura	Solteira/ Sem namorado	Não	Residia sozinha
4	M	20	4º Ano Educação Física	Solteiro/ Com namorada	Estagiária	Residia com a família

## Instrumentos

Foram utilizados instrumentos e materiais de obtenção de medida de relato verbal, isto é, como o participante descreve seu comportamento, melhor caracterizados a seguir.

*Entrevista clínica estruturada para o DSM-IV* (SCID-I- versão clínica, Del-Ben, Vilela, Crippa, Hallak, Labate, & Zuardi, 2001). ASCID-I é uma entrevista utilizada para confirmação de diagnóstico clínico psiquiátrico baseado no DSM-IV, composta por dez módulos que podem ser aplicados de maneira independente ou combinada. Nesse estudo foram aplicados os módulos referentes ao Transtorno Ansiedade, Transtornos de Humor, Sintomas Psicóticos e Associados, Transtorno do Uso de Álcool e Outras Substâncias.

*Mini-Inventário de Fobia Social* (Mini-SPIN) – versão abreviada do Inventário de Fobia Social (SPIN), o qual permite a triagem de pessoas com indicativos de fobia social. O inventário é composto por três itens avaliados em uma escala de cinco pontos, que varia de “nada” a “extremamente”, com escore de corte maior ou igual a seis.

*Questionário de Avaliação de Comportamentos e Contextos de Vida para Estudantes Universitários* - Q-ACC-VU (Bolsoni-Silva & Loureiro, 2009): Composto por questões que se referem à forma como o estudante se comporta com relação aos pais, amigos, namorado (a), bem como as ações destes. As questões estão divididas em a) frequência com que aparece o tema mencionado; b) características desse comportamento: assuntos, situações, ações e sentimentos do respondente. O instrumento é dividido em categorias de Frequência e Conteúdo. As categorias de Frequência são organizadas nos temas: Expressividade (sentimentos positivos, negativos e opiniões); Críticas (fazer e receber) e Falar em público (apresentação de seminários e falar a público desconhecido). E as categorias de Conteúdo em: Contexto, Comportamento Habilidade, Comportamento Não Habilidade, Consequência Positiva e Negativa. Os escores das categorias são divididos em Potencialidade (expressão de sentimentos, opiniões, lidar com críticas, comportamento habilidoso, consequência positiva) e Dificuldade (falar em público, comportamento não habilidoso, consequência negativa).

*Inventário de Habilidades Sociais* - IHS-Del-Prette (Del Prette & Del Prette, 2001), instrumento de autorrelato composto por 38 itens, que tem como objetivo avaliar dimensões situacionais e comportamentais das habilidades sociais. Os itens são agrupados em cinco Fatores: (1) Enfrentamento e autoafirmação com risco; (2) Autoafirmação na expressão de sentimento positivo; (3) Conversação e desenvoltura social; (4) Autoexposição a desconhecidos e situações novas; (5) Autocontrole da agressividade.

O repertório de habilidades sociais do respondente pode ser classificado pelo escore Total e pelos escores Fatoriais, de “Bastante elaborado” a “Indicação para treinamento”, seguindo os dados normativos propostos pelo manual do instrumento.

## Condições de Coleta de dados e Intervenção

Os participantes foram avaliados, individualmente, pela aplicação da entrevista clínica SCID-I e pelos instrumentos Q-ACC-VU, IHS-Del-Prette e Mini-SPIN (anteriormente descritos), antes e depois da intervenção, bem como em seguimento, quatro meses após a finalização da intervenção. As avaliações foram realizadas pela própria pesquisadora (primeira autora) em uma sala do serviço de psicologia da universidade, em horário previamente combinado. Nesse momento foram oferecidos os devidos esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e os participantes assinaram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No decorrer da intervenção, também foram aplicados instrumentos de medida de processo (Lista de Verificação de Comportamentos - *Checklist*, Avaliação de Desempenho e Tarefas de Casa), os quais não estão descritos, pois não são o objeto do presente texto. Neste serão explorados os dados gerais dos instrumentos Q-ACC-UV e IHS, como medidas de habilidades sociais, bem como os dados do Mini-SPIN e SCID-I, para medidas de fobia social.

A intervenção contou com 12 encontros semanais com aproximadamente duas horas de duração, conduzidos pela própria pesquisadora, com o auxílio de uma discente do quarto ano do curso de Psicologia, da mesma instituição. O esquema dos encontros é apresentado a seguir:

No início de cada encontro, o participante respondia a *Checklist*. Em seguida, a pesquisadora

investigava as tarefas de casa (as quais os participantes traziam respondidas) e acontecimentos da semana, buscando identificar variáveis envolvidas nas queixas, por meio de perguntas que levassem a uma descrição funcional das contingências. Posteriormente, discutia-se com o participante alternativas socialmente habilidosas de resolução para as dificuldades descritas, valendo-se de técnicas comportamentais como modelagem, modelação, reforçamento e *role-playing*. O próximo passo era a apresentação do tema do encontro (disponíveis em Bolsoni-Silva, 2009) e discuti-lo a partir das dificuldades e expectativas do participante. Na sequência eram conduzidas exposições teóricas dialogadas sobre o tema, momento em que era realizada a avaliação funcional *treino de repertório* (de acordo com os objetivos estabelecidos com o participante na avaliação e com as dificuldades apresentadas no dia do encontro).

### Delineamento

Foi adotado um delineamento de linha de base múltipla entre sujeitos (Cozby, 2006) o qual permite que se registre o comportamento de cada sujeito ao longo do tempo, com introdução da intervenção (variável independente) em momentos diferentes; assim, a eficácia de uma intervenção é demonstrada quando um comportamento muda após a introdução desta.

Os participantes passaram pela primeira avaliação, entre os meses de setembro e novembro de 2009 (Linha de Base 1), em um estudo de triagem (FAPESP, 2008/10299-5); o critério de inclusão dos participantes foi o de ser universitário com o diagnóstico de Fobia Social, sem comorbidade.

Em março de 2010, foi realizada a segunda avaliação (Linha de Base 2) com os participantes 1 e 2 e selecionados outros dois participantes (3 e 4). Iniciou-se a intervenção com o participante 1 (descrita em procedimento) sendo que os demais ficaram em espera.

Concluída a intervenção, todos os participantes foram avaliados, sendo avaliação Pós-Intervenção para o participante 1, Linha de Base 3 para o participante 2, Linha de Base 2 para os participantes 3 e 4.

Ao concluir a análise dos dados da avaliação, iniciou-se a intervenção com os participantes 2 e 3, seguindo a mesma estrutura.

Ao término dessas, foi realizada a avaliação Pós-Intervenção com os participantes 2 e 3. Chegado o momento de participar da intervenção, o participante 4 respondeu aos instrumentos (Linha de Base 3), porém, solicitou desistência (conforme assegurado pelo Termo de Consentimento); a esquiva do fóbico social em buscar e aceitar ajuda é característica do transtorno e representa uma dificuldade para intervenções com essa população.

A avaliação de Seguimento foi realizada quatro meses após a avaliação Pós-Intervenção, com os participantes 1, 2 e 3, individualmente, seguindo as mesmas condições das avaliações anteriores. A caracterização do delineamento pode ser observada na Tabela 2.

**Tabela 2 – Caracterização do delineamento**

Participantes		Avaliações			
1	LB 1	LB 2	Pós-Int		Seg
2	LB 1	LB 2	LB 3	Pós-Int	Seg
3	LB 1		LB 2	Pós-Int	Seg
4	LB 1		LB 2	LB 3	

Linha tracejada = Intervenção; LB = Linha de Base; Pós-Int = Pós Intervenção; Seg = Seguimento

### Procedimentos de análise de dados

Os dados foram organizados em medidas de Habilidades Sociais (Q-ACC-VU; IHS-Del-Prette) e de Fobia Social (Mini-SPIN; SCID-I), comparando os dados de pré, pós-teste e seguimento.

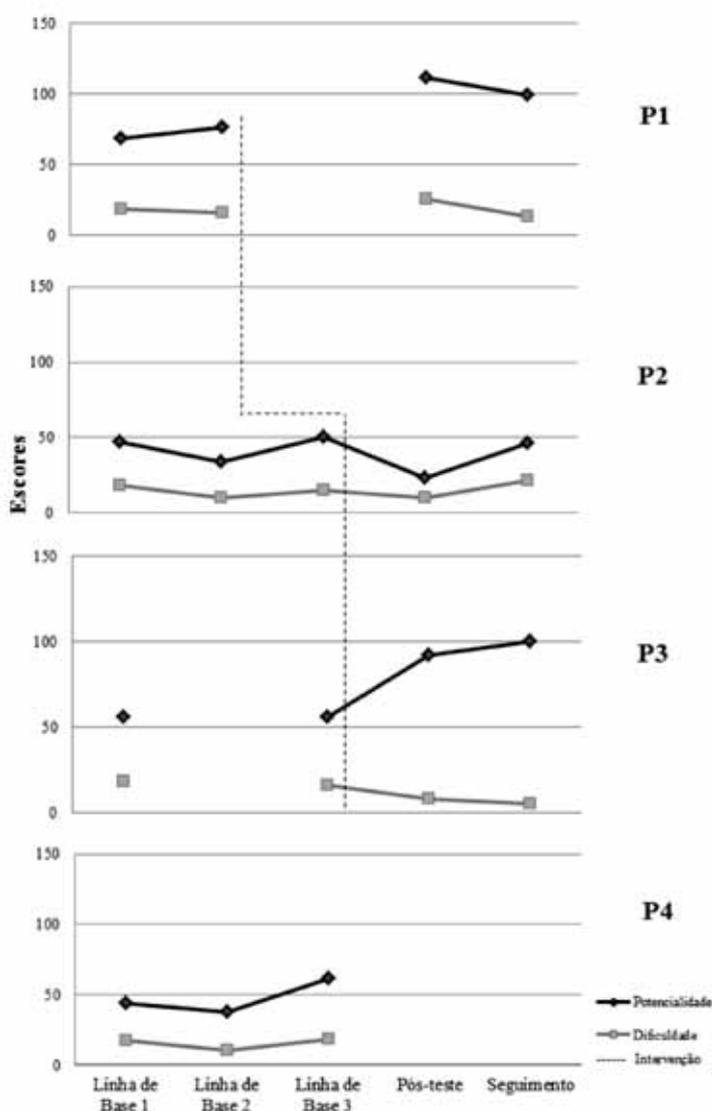
Para a análise do instrumento Q-ACC-VU, os escores de Potencialidade e Dificuldade foram organizados em figuras individuais, em todas as etapas de avaliação, permitindo observar a evolução dos dados obtidos antes e depois da intervenção.

Os resultados do IHS-Del-Prette foram organizados em figuras individuais, em todas as medidas de avaliação. Os mesmos resultados também foram classificados, seguindo os dados normativos do próprio instrumento, em “Repertório bastante elaborado; Repertório acima da média; Repertório médio; Repertório abaixo da média; Indicação para treinamento”.

Os dados do Mini-SPIN e da SCID-I foram organizados em tabela e classificados em Clínico e Não-Clínico, de acordo com as normas do instrumento.

### Resultados

Os valores obtidos pelos participantes 1, 2 e 3 durante o estudo, medidos pelas categorias Potencialidade e Dificuldade do Q-ACC-VU, nas avaliações pré e pós-teste estão apresentados na Figura 1, em gráficos individuais.



**Figura 1** - Medida de Potencialidade (linha escura) e Dificuldade (linha clara) dos participantes pelo Q-ACC-VU nas avaliações de pré-teste (Linha de Base) e pós-teste (Pós-teste e Seguimento).

Nas avaliações antes da intervenção (Linha de Base), os participantes 1 e 3 apresentaram pouca variação nos escores, sinalizando manutenção das medidas de Potencialidade e Dificuldade. Após a intervenção, realizada em momentos diferentes para P1 em relação a P2 e P3, e, concomitantemente para P2 e P3, as medidas de Potencialidade (linha escura) aumentaram para os participantes 1 e 3 (de 68 para 111 – P1; de 56 para 92 – P3). Na medida de seguimento, o efeito se manteve para P3, com aumento no escore (de 92 para 100), porém se manteve em parte para P1, o qual apresentou redução em sua Potencialidade (de 111 para 99), mas ainda assim com valor superior à Linha de Base (LB).

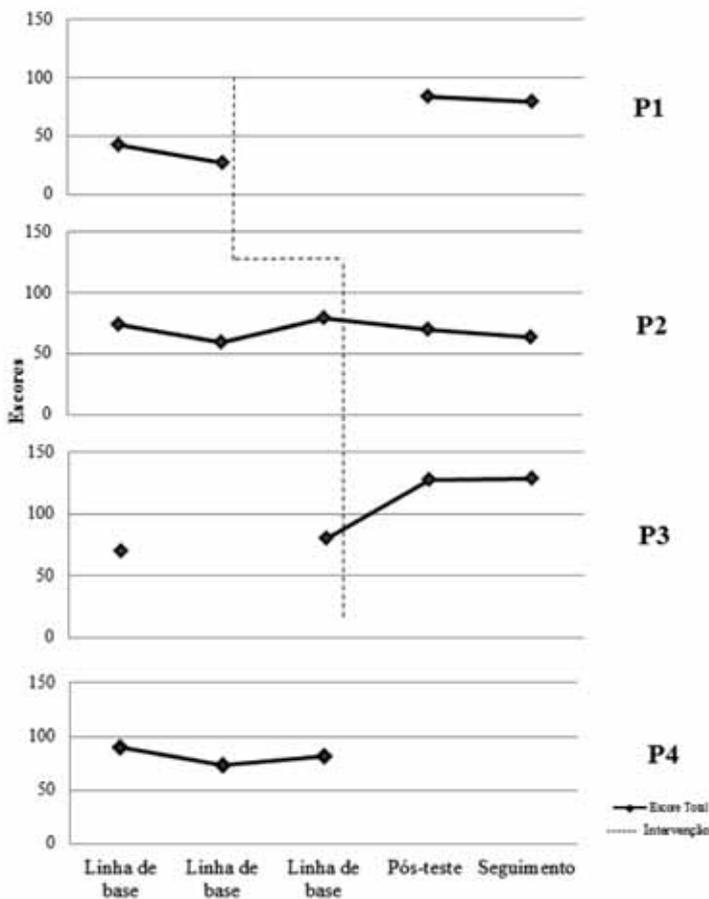
O escore para Dificuldade (linha clara), na medida pós-teste, apresentou aumento para P1 (19 para 26) e, em seguimento, redução (26 para 13). Para P3, a medida de Dificuldade reduziu substancialmente na avaliação pós-teste (18 para 8) e o escore se manteve, em seguimento, com redução (de 8 para 5).

A participante 2, apresentou desempenho estável nas medidas de LB, sempre com escore abaixo de 50 para as Potencialidades relatadas e abaixo de 25 para as Dificuldades. Após-intervenção, P2 apresentou um resultado inusitado, reduziu os escores de Potencialidade (de 47 para 23) o que era não condizente com os objetivos da intervenção, embora tenha reduzido seu escore de Dificuldade (de 18 para 10), o que correspondia com os objetivos estabelecidos. Na avaliação de seguimento, os escores de P2 retornaram ao nível de LB, tanto para Potencialidade (46), como para Dificuldade (22).

O participante 4, nas avaliações de Linha de Base 1 e 2, apresentou redução na Potencialidade (de 44 para 38) e na Dificuldade (de 18 para 11). Na avaliação de LB 3 houve o maior valor obtido em Potencialidade (62) e o escore de Dificuldade se aproximou do valor obtido em LB 1 (19). Essa pode ser uma variação espontânea do comportamento, função das variações das condições naturais; contudo, ainda que essas condições interferissem sobre os comportamentos alvo de P4 fazendo com que as potencialidades aumentassem na última medida de LB3, não foram sistemáticas o suficiente para que as dificuldades se mantivessem reduzidas. O principal resultado é que P4 foi a única participante que não participou da intervenção e que manteve os sintomas de fobia social nas três avaliações realizadas.

Observa-se, com os resultados obtidos com o Q-ACC-VC, o efeito positivo da intervenção nos dados dos participantes 1 e 3, os quais demonstraram melhoras nos escores de Potencialidade (linha escura – Figura 1) somente após a etapa de intervenção. Em seguimento, a melhora se manteve integralmente por P3 e parcialmente por P1.

Os valores obtidos pelos participantes 1, 2 e 3 durante o estudo, medidos pelo Escore Total do IHS-Del-Prette, nas avaliações pré e pós-teste estão apresentados na Figura 2. A linha tracejada no gráfico indica o momento da que ocorreu a intervenção.



**Figura 2** – Escore Total dos participantes medido pelo IHS-Del Prette nas avaliações de pré-teste (Linha de Base) e pós teste (Pós-teste e Seguimento)

Nas avaliações de LB, os participantes 1, 2 e 3 apresentaram pequena variação nos escores totais, sendo que P1 e P2 reduziram (de 42 para 27 – P1; de 74 para 59 – P2) e P3 aumentou o escore na ava-

liação de LB 2 (de 70 para 80). Na avaliação de LB 3, realizada apenas por P2, a participante apresentou aumento (de 59 para 79), superando o nível da LB1.

Após a intervenção, os escores totais de P1 e P3 aumentaram sensivelmente (de 42 para 84 – P1; de 70 para 128 – P3) e esse aumento se manteve, em seguimento, com uma pequena redução para P1 (de 84 para 79) e ínfimo aumento para P3 (de 128 para 129). A participante 2, manteve o valor dos escores similares aos obtidos em LB, na avaliação pós-teste (70) e, com uma pequena redução, em seguimento (63).

P4 apresentou pouca variação no Escore Total medido em Linha de Base 1, 2 e 3, com redução na LB2 (de 90 para 74) e aproximando-se da primeira medida, na LB 3 (82).

O Escore Total dos participantes no IHS foi interpretado segundo os dados normativos da amostra de referência representada no instrumento, considerando as diferenças de gênero. Nas avaliações de LB, o Escore Total dos participantes 1, 2 e 3, foi “Indicado para Treinamento”. Na avaliação Pós-Teste e em Seguimento, o Escore Total de P1 e P2, manteve a “Indicação para Treinamento”, ainda que P1 tenha aumentado o escore de forma evidente. Já o Escore Total obtido por P3, nas avaliações Pós-Teste e em Seguimento, passou a ser interpretado como “Repertório bastante elaborado”. O Escore Total de P4 em LB1 foi classificado como “Repertório abaixo da média”, já em LB 2 e 3, foi “Indicado para Treinamento”.

Os resultados dos escores fatoriais dos participantes encontrados na aplicação do IHS-Del-Prette, nas avaliações pré e pós-intervenção, são apresentados na Figura 3. A linha tracejada representa o momento da intervenção.

Os participantes 1, 2 e 3 apresentaram estabilidade nas avaliações de Linha de Base, referentes aos Fatores do IHS. Na avaliação pós-intervenção, as medidas dos Fatores melhoraram para P1 e P3. P3 apresentou melhor desempenho nos cinco Fatores avaliados pelo instrumento. P1 melhorou em: 1) Enfrentamento e autoafirmação com risco; 2) Autoafirmação na expressão de sentimento positivo e 3) Conversação e desenvoltura social; manteve o desempenho no Fator 4) Autoexposição a desconhecidos e situações novas e pequena redução no 5) Autocontrole da agressividade (de 2,21 para

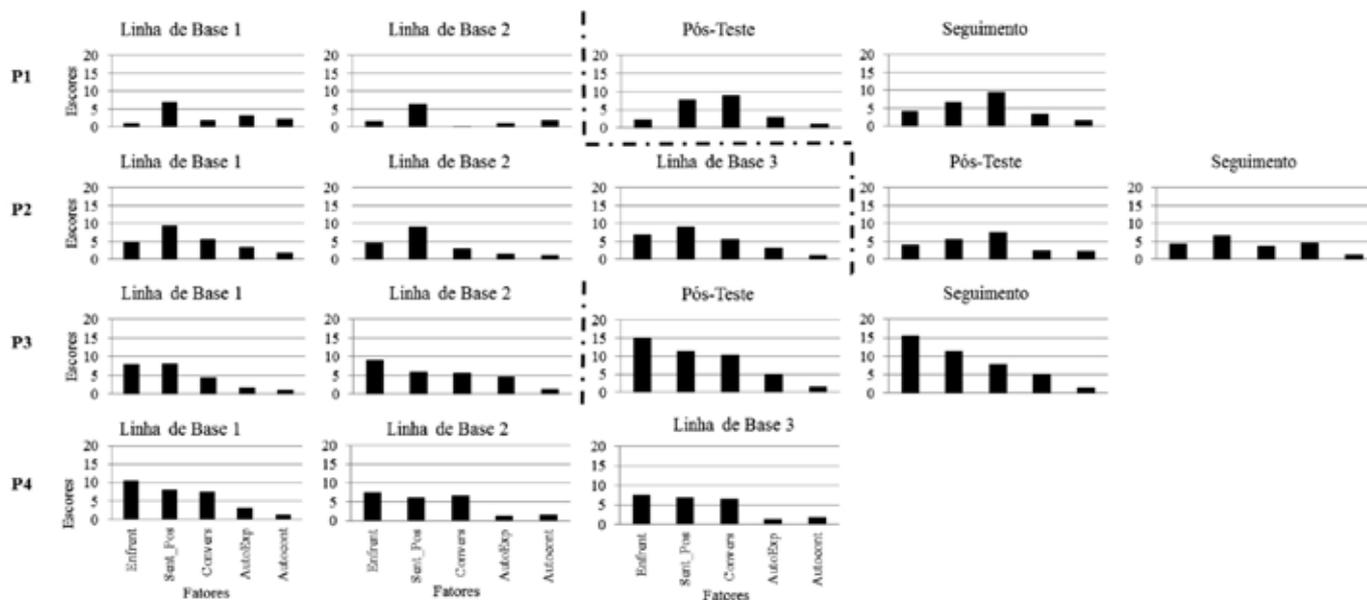


Figura 3 – Valores obtidos pelos participantes 1, 2, 3 e 4 nos Fatores do IHS-Del-Prette, em todas as medidas de avaliação

1,21). O desempenho de P2, na avaliação pós-teste, melhorou nos Fatores 3) Conversação e desenvoltura social (de 5,51 para 7,65) e 5) Autocontrole da agressividade (de 1,82 para 2,22), com redução nos demais Fatores.

Na avaliação de Seguimento, P1 e P3 mantiveram a melhora no desempenho. P1 melhorou ainda mais o escore do Fator 1 (de 2,29 para 4,19), do Fator 3 (de 8,92 para 9,44) e do Fator 4 (de 3,01 para 3,52). Em seguimento, o desempenho de P1 no Fator 4 tornou-se superior ao obtido em Linha de Base 1. No Fator 5, embora P1 tenha apresentado melhora no desempenho, em seguimento, o escore permaneceu inferior quando comparado à Linha de Base. P3 melhorou o desempenho nos Fatores 1, 4 e 5, manteve o mesmo escore da avaliação pós-teste no Fator 2 e reduziu o escore do Fator 3 (de 10,29 – pós-teste para 7,76 – seguimento). Já P2, melhorou nos Fatores 1, 2 e 4 (4,43; 6,76 e 4,75 respectivamente). O Fator 4 superou as medidas de Linha de Base e pós-teste, porém os escores dos Fatores 1 e 2 ainda são menores do que os de Linha de Base. O Fator 5, embora tenha apresentado melhoras no pós-teste, reduziu em seguimento.

Nas três avaliações, P4 obteve melhor escore nos Fatores 1) Enfrentamento e autoafirmação com risco; 2) Autoafirmação na expressão de sentimento positivo e 3) Conversação e desenvoltura social. P4 não apresentou evolução nas medidas,

contudo, houve redução, principalmente no Fator 1 (10,48; 7,44; 7,52). O Fator 4, Autoexposição a desconhecidos e situações novas, sofreu redução entre as Linhas de Base 1 e 2 (de 8,06 para 6,17) e manteve-se estável nas Linhas de Base 2 e 3. O Fator 5, Autocontrole da agressividade, manteve-se estável nas medidas 1 e 2 e apresentou aumento na Linha de Base 3 (de 1,16 para 1,87).

Considerando os resultados obtidos com o IHS-Del-Prette, o efeito da intervenção foi observado nos dados de P1 e P3, os quais aumentaram sensivelmente o Escore Total na avaliação pós-teste, ainda que P1 não tenha saído da condição clínica. Já P2, manteve no pós-teste o escore obtido em LB. Embora P1 tenha apresentado melhora, manteve a classificação “Indicado para treinamento”, bem como P2 e diferente de P3, a qual atingiu o escore compatível com a classificação “Repertório bastante elaborado”. Em relação aos Fatores, os três participantes apresentaram melhoras após a intervenção, com destaque para P3, a qual melhorou nos cinco Fatores avaliados. P1 melhorou em três Fatores e P2 em dois. Na avaliação de Seguimento, P1 e P3 mantiveram a melhora de desempenho e P2 retrocedeu.

Com a aplicação da SCID-I, os participantes 1, 2, 3 e 4 foram diagnosticados como Fóbicos Sociais, em todas as medidas de LB. Na aplicação após a intervenção, a qual ocorre em momento diferente para P1 e simultaneamente para P2 e P3, os parti-

Tabela 3 – Avaliação dos participantes 1,2,3 pela SCID-I e Mini-SPIN

Participantes	Avaliação	SCID-I		Mini_SPIN
		Fobia Social	Comorbidade	
1	LB 1	Clínico	Não-Clínico	Clínico
	LB 2	Clínico	Não-Clínico	Clínico
	Pós-Teste	Não-Clínico	Não-Clínico	Não-Clínico
	Seguimento	Não-Clínico	Não-Clínico	Clínico
2	LB 1	Clínico	Não-Clínico	Clínico
	LB 2	Clínico	Não-Clínico	Clínico
	LB 3	Clínico	Não-Clínico	Clínico
	Pós-Teste	Não-Clínico	Não-Clínico	Clínico
	Seguimento	Não-Clínico	Não-Clínico	Não-Clínico
3	LB 1	Clínico	Não-Clínico	Clínico
	LB 2	Clínico	Não-Clínico	Não-Clínico
	Pós-Teste	Não-Clínico	Não-Clínico	Não-Clínico
	Seguimento	Não-Clínico	Não-Clínico	Não-Clínico
4	LB 1	Clínico	Não-Clínico	Clínico
	LB 2	Clínico	Não-Clínico	Clínico
	LB 3	Clínico	Não-Clínico	Clínico

LB = Linha de Base

participantes deixaram de apresentar diagnóstico para o transtorno, bem como, em seguimento, quatro meses após a intervenção, como pode ser observado na Tabela 3.

De acordo com os resultados do Mini-SPIN, P1 e P2 foram rastreados como Clínicos para Fobia Social nas avaliações de LB. Na avaliação pós-intervenção, P1 foi rastreado pelo instrumento como Não-Clínico e P2 manteve-se Clínica. Esse resultado mudou em seguimento, no qual P1 voltou a ser rastreado como Clínico e P2 passou ao estado de Não-Clínico. Já P3, foi rastreada como Clínica, apenas na avaliação de LB 1. Nas demais avaliações, P3 foi rastreada como Não-Clínica. P4 se manteve Clínico em todas as medidas de LB, como pode ser observado na Tabela 3.

De maneira geral, os resultados obtidos com P4 atestam para a estabilidade dos comportamentos.

P4 pode ser considerado um participante controle, pois foi avaliado em todas as medidas sem, contudo, frequentar o programa proposto. Os resultados apontam que sem a intervenção não houve mudança comportamental, diferentemente dos demais universitários P1, P2 e P3.

### Discussão

Este trabalho objetivou avaliar os efeitos do treino em habilidades sociais em universitários com fobia social e, de maneira geral, o treino foi bem sucedido para a diminuição da frequência de relato de desempenho compatível com fobia social e aumento da frequência de relato de desempenho compatível com habilidades sociais.

A análise do Q-ACC-VU, verificou a frequência e a forma como o participante se comporta nas diferentes situações interpessoais. Observou-se

também Potencialidades e Dificuldades no repertório inicial dos participantes. À exceção de P2, os participantes apresentaram escore não-clínico para Potencialidade, contudo com alto custo de resposta na emissão desses comportamentos, pois apresentaram escore clínico para Dificuldade nas mesmas medidas. Uma hipótese levantada é que possivelmente a forma utilizada para expressar as HS não seja competente a ponto de obter, como consequência, reforçadores positivos e sentimentos positivos associados, deixando o indivíduo mais sob controle da dificuldade (ansiedade). A dificuldade de emitir comportamento socialmente habilidoso reduz a probabilidade do sujeito de obter reforçadores positivos e, por consequência, ampliar o repertório comportamental, dificultando sua atuação diante de estimulação aversiva. A dificuldade de emitir operantes positivos somada a um ambiente pobre de reforçadores, sugere pouca probabilidade de que respostas alternativas à resposta-problema (no caso a ansiosa) sejam estabelecidas e mantidas (Zamignani & Banaco, 2005), necessitando de intervenção clínica.

Após a intervenção, a avaliação do Q-ACC-UV demonstrou que P1 e P3 melhoraram na Potencialidade, revelando ampliação do repertório de HS, contudo, mantiveram a classificação clínica para Dificuldade, com redução do escore de P3 e aumento no escore de P1. A diferença no escore de Dificuldade de P1 e P3 pode estar relacionada ao momento da graduação e ao tipo de moradia. P1 estava no primeiro ano da universidade, ao passo que, P3 estava cursando o último ano. Segundo os achados de Bolsoni-Silva et al., (2010), universitários do primeiro ano apresentam maiores *déficits* comportamentais. P3 morava sozinha há 10 anos, necessitando frequentar algumas situações sociais por conta disso, como supermercado, viagens de ônibus (os pais residiam em outra cidade). Já P1, havia mudado da casa dos pais há um ano e morava com um amigo, o qual era responsável pelas compras do supermercado e pagamento de contas. Quando P1 viajava para a casa dos pais, com receio de dividir o banco do ônibus com estranho, levava esse amigo; caminhava quatro quilômetros para chegar até a universidade para evitar a companhia de estranhos em transporte público. No decorrer das intervenções, P1 deixou de emitir respostas de

esquiva diante dessas situações perturbadoras e passou a se expor às novas contingências, emitindo novos operantes e testando se as consequências do passado ainda ocorriam na atualidade, melhorando sua Potencialidade, embora apresentasse Dificuldade.

Os dados de seguimento sugerem a efetividade do procedimento de intervenção, pois, ampliou o repertório de Potencialidade de P1 e P3, ainda que não tenham sido esgotadas as Dificuldades apresentadas por P1.

A análise dos resultados do escore total do IHS obtidos nas avaliações de LB permitiu verificar os *déficits* no repertório de HS dos participantes, quando comparados aos indivíduos não-clínicos que compõem a amostra de referência do instrumento. Todos os participantes receberam indicação para treinamento, nas avaliações de LB, com o valor de escore muito abaixo do valor de repertório médio e demasiadamente distante do escore proposto para repertório bastante elaborado. Esse resultado é concordante com os achados de outros estudos os quais evidenciaram que indivíduos com elevados níveis de ansiedade social apresentam inferior repertório de HS em comparação com indivíduos não ansiosos (Baker & Edelman, 2002; Strahan, 2003; Van Dam-Baggen & Rapee, 2002; Wenzel et al., 2005). Ademais, o *déficit* observado no repertório dos participantes do estudo em questão é semelhante aos achados de Bolsoni-Silva et al. (2010) e Pacheco e Rangé (2006), os quais indicaram que 35% dos universitários avaliados no primeiro estudo e 62% dos avaliados no segundo, tinham recomendação para a promoção das HS, ainda que não tivessem sido avaliados quanto à saúde mental, sendo os resultados indicativo de problemas de adaptação à vida universitária.

Os resultados encontrados na avaliação pelo IHS permitiram verificar que P1 e P3 apresentaram aumento no escore total após a intervenção. Com esse aumento, P3 deixou a indicação clínica para THS na avaliação pós-intervenção e o manteve, em seguimento, demonstrando a promoção de comportamento socialmente competente, após intervenção realizada. Embora P1 também tenha apresentado ganho expressivo, não foi suficiente para superar a condição clínica, mantendo a indicação para treinamento, tanto na avaliação após a

intervenção, quanto em seguimento. A manutenção clínica do escore de P1 pode estar relacionada ao fato desse participante ter revelado, nas avaliações de LB, um escore muito abaixo do valor mínimo representado pela amostra normativa do instrumento. Esse dado é coerente com a Dificuldade avaliada pelo Q-ACC-UV, pois ao avaliar comportamento, o instrumento mostrou as Potencialidades do cliente e os ganhos após a intervenção, bem como a Dificuldade clínica mantida após a intervenção e em seguimento.

Em relação aos fatores do IHS, o ganho mais expressivo foi apresentado por P3, a qual melhorou o escore em todos os fatores, mantendo em seguimento. Os dados de P3 superaram os obtidos por Bolsoni-Silva et al. (2009) e por Boas, Silveira e Bolsoni-Silva (2005). No primeiro estudo, a intervenção foi realizada com nove universitários considerados clínicos e seis não-clínicos no IHS. No pós-teste os autores observaram melhoras nos Fatores 1, 3 e 4. No segundo estudo, realizado com quatro universitários com queixas de dificuldades interpessoais, sem indicativo clínico no IHS e sem transtorno, para observar os ganhos, foi preciso desmembrar os Fatores em itens. A melhora no desempenho socialmente habilidoso de P3 foi na mesma direção da superação dos critérios diagnóstico de fobia social (APA, 2002), com destaque para os Fatores 1, 3 e 4, os quais estão relacionados com o medo da desaprovação e rejeição dos outros.

P1, após a intervenção, melhorou os escores dos Fatores 1, 2 e 3, corroborando com os dados de Bolsoni-Silva et al. (2009). Vale ressaltar a melhora de P1 e P3 em autoafirmação na expressão de sentimento positivo, visto que é uma dificuldade dos universitários sem transtorno (Del Prette et al., 2004; Bolsoni-Silva et al., 2009). Embora o ganho de P1 em enfrentamento e autoafirmação com risco tenha sido substancial na avaliação pós-intervenção e, quadruplicando o valor de Linha de Base, na medida de seguimento, não foi suficiente para sair da condição clínica. Uma explicação para esse dado pode ser decorrente do escore inicial do cliente (1,13) estar muito aquém do valor mínimo determinado pela amostra normativa do instrumento (2,81). Além disso, enfrentamento e autoafirmação correspondem à habilidade de lidar com situações interpessoais que requerem afirmação

dos próprios direitos, preservando autoestima em situações que apresentem a possibilidade de reação indesejável do interlocutor, o que é diretamente relacionado aos critérios diagnóstico de fobia social (APA, 2002), demonstrando o quanto esse transtorno acarretava prejuízo para o funcionamento diário de P1, concordando com Collimore e Asmundson (2009). Tal dificuldade também pode ser agravada em decorrência de P1 ser aluno do segundo ano, pois, de acordo com Bolsoni-Silva et al. (2010), universitários dos primeiros e segundos anos apresentam maiores *déficits* comportamentais nas habilidades de comunicação, expressividade e resolução de conflitos.

Na medida de seguimento, além da manutenção do escore do Fator 1, P1 manteve os ganhos no Fator 3 e superou no Fator 4. O desenvolvimento de repertório socialmente habilidoso nesses fatores merece destaque tendo em vista que estão diretamente relacionados à queixa apresentada, bem como com os critérios diagnósticos de fobia social (APA, 2002), demonstrando superação do comportamento de esquiva (Sidman, 1995) e emissão de novos operantes (Skinner, 1974/2006).

Tal como no estudo de Bolsoni et al. (2009), P1 não apresentou melhoras no Fator 5, contudo, mostrou redução. Segundo Del Prette et al. (2004), os universitários apresentam dificuldade para lidar com a habilidade de autocontrole da agressividade. Essa mudança no repertório de P1 pode ser decorrente de maior exposição a situações de interação, nas quais ainda está aprimorando o comportamento socialmente habilidoso, deixou de emitir respostas passivas, porém, em alguns momentos passou a reagir de maneira agressiva. Para ilustrar, P1 se queixava que os amigos o chamavam de “*stand by*”, querendo dizer que ele estava em um modo de descanso, não estava interagindo, embora estivesse acordado, aguardando o outro fazer a interação. Diante desse apelido, P1 ficava calado, mesmo não gostando. No decorrer das sessões, passou a responder, dizer que não gostava, mas nem sempre o fazia de maneira habilidosa, sendo agressivo com os colegas. Esse dado demonstra a melhora no comportamento de P1, ainda que haja a necessidade de aprimorar as respostas recém-instaladas, como a habilidade de solicitar mudança de comportamento. Todavia, dificuldade em lidar com situações negativas de expressar insatisfação e

de solicitar mudança de comportamento foram encontradas no repertório de universitários (Bandeira & Quaglia, 2005).

Ao analisar o desempenho de P2 nos Fatores do IHS, observa-se melhora no Fator 3 na medida pós-intervenção, no entanto, em seguimento, essa melhora não se manteve, reduzindo o escore. Esse resultado indica que o programa beneficiou P2 na superação do medo de falar em público e da avaliação negativa e possível rejeição por parte dos outros, minimizando prejuízos no funcionamento geral e acadêmico, enquanto estava em operação e logo após. A título de exemplificação, P2 relatou sucesso na solicitação de mudança de horário no estágio, em virtude de um compromisso acadêmico, no qual apresentou um trabalho oral, bem como a obtenção de elogios após apresentação do seu trabalho de conclusão de curso, com redução das condições fisiológicas (taquicardia, rubor, tremedeira) características de ansiedade (Silvares & Meyer, 2000). Contudo, esse ganho não se manteve sem monitoria, em seguimento, logo é possível que o número de sessões da intervenção não tenha sido suficiente para possibilitar mudanças comportamentais sem acompanhamento terapêutico, sendo necessário aprimoramento da habilidade treinada.

Já o Fator 4, embora tenha demonstrado decréscimo na medida pós-intervenção, em seguimento, mostrou o melhor escore obtido, superando as medidas de Linha de Base. A melhora no Fator 5 implica na redução de comportamentos de esquiva diante do evento aversivo (Skinner, 1953/2000; Zamignani & Banaco, 2005), deixando o comportamento de P2 incompatível com os critérios diagnósticos de fobia social (APA, 2002).

No Fator 5, P2 mostrou desempenho muito bem estabelecido e consolidado, desde a medida de Linha de Base. Por outro lado, nos demais Fatores houve redução, o que não significa que a intervenção não tenha trazido benefícios, uma vez que houve melhora em itens que envolvem habilidades como “manter conversa com desconhecidos; falar a público conhecido; participar de conversação; recusar pedidos abusivos; manter conversação; pedir favores a colegas”, o que sinaliza a melhora em critérios relevantes do diagnóstico de fobia social, como o medo de falar em público, medo da desaprovação e/ou rejeição por parte dos outros (APA, 2002;

Burato, Crippa & Loureiro, 2009), favorecendo os aspectos acadêmicos como apresentar seminários e desempenhar tarefas diante de outras pessoas e atividades essenciais para a vida universitária como fazer amizade e trabalhar em grupo (Boas, Silveira, & Bolsoni-Silva, 2005; Gerck & Cunha, 2006).

A análise dos dados da P2, na avaliação do Q-ACC-UV, indicou um resultado inesperado após a intervenção, não demonstrando ganhos efetivos e queda na Potencialidade. Em seguimento, P2 retornou aos escores de LB em Potencialidade e em Dificuldade. Ao emitir comportamento não-habilitado, a participante obtém ora consequência positiva, ora consequência negativa. Dessa maneira, seu comportamento inadequado pode estar sendo mantido por reforçamento intermitente, tornando-se mais resistente à extinção (Catania, 1999) ou à modificação mediante intervenção. Essa condição pode estar atrelada ao fato de P2 não discernir claramente a diferença entre brincadeira e crítica. Os exemplos que P2 apresentava nos encontros para ilustrar brincadeira sempre apresentava conteúdo de crítica e, de fato, suas reações tinham função punitiva para a audiência, embora, ela atingisse o seu objetivo de expressar desagrado ao outro (desabafo – reforço negativo).

Uma hipótese levantada para o fato de P2 ter apresentado escores mais baixos após a intervenção é a de que o treinamento pode ter contribuído para a auto-observação e autoconhecimento (Skinner, 1953/2000, 1974/2006) acerca de suas próprias dificuldades. Contudo, ainda que a mudança no desempenho não tenha sido suficiente para a alteração de status clínico para não-clínico, P2 relatou aquisição de repertórios importantes relacionados às suas queixas iniciais e concorrentes com os critérios diagnósticos de fobia social (APA, 2002), tais como dificuldades para falar em público, iniciar e manter conversação (especialmente com desconhecidos), recusar pedido abusivo e nomear sentimentos negativos. Anteriormente às intervenções, P2 apresentava baixa frequência de relato desses comportamentos. Exemplificando a nomeação de sentimento negativo, antes das intervenções, suas respostas eram vagas como “isso é tenso”, “não sei, deixo quieto”; e positivos “achei legal”, “bom” e sempre tentava se esquivar de respostas que envolviam descrição de sentimentos. Após esse tema

ser trabalhado, P2 passou a relatar que sentia raiva, tristeza, quando as colegas de república a incomodavam durante conversas ao telefone, permitindo intervenções mais pontuais para a aquisição de comportamentos equivalentes. As declarações amorosas do namorado que respondia com “também”, “que bom”, passaram a ser respondidas com “gosto de você”, “sinto sua falta”, e a participante passou a declarar seus sentimentos espontaneamente, ligando fora do horário combinado e dizendo que estava com saudade, conseguindo dizer que o amava, nos últimos dias de intervenção. Assim, revela benefícios da intervenção para sua interação social e afetiva.

Diante desses dados, é possível observar a evolução no desempenho de P2, a melhora do seu comportamento socialmente habilidoso (Del Prette & Del Prette, 1999), bem como a emissão de novos operantes competentes na maximização de ganhos na relação interpessoal (Bolsoni-Silva, 2002) e a tendência ao distanciamento das características de fobia social (APA, 2002). Essas mudanças no repertório de P2 podem favorecer o aumento na frequência de respostas mais adaptativas e reduzir a ansiedade contingente a situações anteriormente vistas como aversivas.

Os resultados obtidos com a SCID-I sinalizam o efeito positivo do procedimento de intervenção para o tratamento de fobia social. Nas medidas pré-intervenção, os participantes 1, 2 e 3 foram diagnosticados como fóbicos sociais. Contudo, após a intervenção e em seguimento, os participantes não apresentavam os critérios para o transtorno. Essa condição pode ser atribuída à intervenção, visto que nas medidas de LB o diagnóstico se manteve inalterado, bem como nas avaliações de P4, o qual não foi exposto à intervenção e manteve o diagnóstico de fobia nas três medidas de LB, realizadas em momentos diferentes. Vale ressaltar que a superação do transtorno de fobia social pelo aumento da frequência de repertórios incompatíveis com esse, somada ao desenvolvimento de habilidades importantes para o relacionamento interpessoal, pode contribuir para a adaptação à universidade (Baker, 2003; Del Prette & Del Prette, 1999; Gerk & Cunha, 2006), bem como para interações mais saudáveis tanto no contexto pessoal quanto profissional dos participantes.

Com base na análise dos resultados do Mini-SPIN, verificou-se que, embora os participantes 1 e 2 tenham deixado de apresentar o diagnóstico de fobia social, mantiveram indicativos para o transtorno. Uma hipótese levantada para esse fato é que, com a ampliação do repertório de HS, os participantes deixaram de emitir comportamento de fuga e esquiva, se expuseram a novas contingências, emitindo novos operantes (Sidman, 1995) e dessa maneira, modificaram a resposta ansiosa (Skinner, 1953/2000; Zamignani & Banaco, 2005) e a dificuldade mantida (indicativo de fobia) não foi suficiente para acarretar grande sofrimento e prejuízos para o funcionamento diário (Collimore & Asmudson, 2009), critério essencial para a determinação do transtorno.

A comparação das medidas de LB com as medidas pós-intervenção demonstrou que as mudanças ocorreram somente após a intervenção, o que é coerente com o delineamento proposto. Observa-se que enquanto o treinamento é iniciado para P1, os demais (P2, P3 e P4) permaneceram com as Linhas de Base estáveis, apesar de algumas oscilações nos valores de Potencialidade e Dificuldade (Q-ACC-VU) e no escore total do IHS. O mesmo ocorre quando o tratamento é iniciado com os participantes 2 e 3. O escore de P4 se manteve em LB. De acordo com Cozby (2006), no delineamento de linha de base múltipla, o efeito da intervenção é demonstrado quando ocorre mudança no desempenho dos participantes que passaram pela intervenção e manutenção dos níveis da linha de base para os participantes que a intervenção não foi implementada. Esse delineamento permite excluir interpretações baseadas no tempo, na história de aprendizagem e ampliar a consistência para atribuição da mudança à variável independente, representada pelo contexto da intervenção.

## Conclusão

Os resultados encontrados nas avaliações pós-intervenção sugerem que a Terapia Comportamental associada ao Treinamento em Habilidades Sociais foi eficaz para o tratamento de fobia social, pois os participantes passaram da condição clínica para a não-clínica, segundo dados obtidos pela SCID-I (Del-Ben et al., 2001). Da mesma maneira, escores mais elevados em Potencialidades e uma ten-

dência a diminuição dos escores em dificuldades foram observadas em dois participantes (P1 e P3). Os dados por fatores do IHS-Del Prette demonstram aquisição de habilidades sociais para todos os universitários; o participante P4, se tomado como controle, evidencia que a exposição ao programa de intervenção foi a variável relevante para a mudança observada.

Em relação à ampliação do repertório de habilidade social, P3 foi a participante mais beneficiada. P1 e P2 apresentaram melhoras pontuais e que ainda necessitam de aprimoramento, sobretudo sem o diagnóstico de fobia social, que era a preocupação da intervenção. Essa condição permite algumas hipóteses, como o grau de dificuldade apresentada por cada participante, bem como a exposição às novas contingências, por exemplo P1 e P2 eram mais inibidos e tiveram mais dificuldade de exposição. Outra possibilidade pode ser a escolha dos instrumentos aplicados, os quais, embora sejam referência para avaliação de habilidades sociais de universitários, podem não estar tão sensíveis ao repertório de pessoas condizentes com diagnóstico de fobia social. Uma evidência disso é o fato de alguns fatores estarem tão abaixo do esperado que não entravam no menor valor de referência proposto pelo instrumento.

Foi possível observar pontos fortes do programa de intervenção, como o fato dos participantes que tiveram história de exposição a situações sociais de intenso desconforto e emitirem, frequentemente, respostas de fuga e esquiva, relatarem a apresentação de trabalhos orais em congressos (P1 e P2) e de Trabalho de Conclusão de Curso (P2 e P3), inclusive, com sucesso no desempenho. P1 passou a atentar para a topografia do comportamento, regulando tom de voz, apresentando postura de interesse na conversa, aceitando elogio e fazendo elogio (por exemplo, escreveu um poema para a terapeuta e estagiária e entregou no último dia de atendimento). P2, que evitava contato visual e respondia as questões da terapeuta com *respostas furtivas* (observação feita pela própria participante), passou a manter contato visual, a relatar situações com mais detalhes e se envolveu nas atividades de ensaio comportamental, discutindo suas dificuldades e superações. P3, que chegou intimidando a terapeuta, dizendo “*duvido que*

*me faça gostar de gente; se tocar em assuntos que eu não quero falar, posso te bater*”, se engajou na terapia, fez as atividades propostas e apresentou os melhores escores no pós-teste.

O estudo demonstrou a relevância em estudar e intervir com a população universitária, visto que muitos alunos possuem dificuldade, porém não buscam por apoio. Considerando a dificuldade da pessoa com repertório condizente com o diagnóstico de fobia social em se expor e, por conseguinte, buscar ajuda profissional, a disponibilização da intervenção como parte do programa da universidade, destinado a alunos pode favorecer a adaptação à vida acadêmica.

A intervenção individual garantiu a adesão dos participantes (o tratamento em grupo, inicialmente proposto, foi muito aversivo e por isso recusado), promoveu ensaios extensos e com repetição, com maior disponibilidade do terapeuta para modelar habilidades específicas, tornando o ambiente terapêutico seguro para emissão de novas respostas. Por outro lado, acarretou algumas limitações, como menor diversidade de ensaio comportamental, pela ausência de outras pessoas, o que pode ter dificultado a generalização mais rápida dos ganhos; apresentou um número menor de situações-problema com menor disponibilidade de modelos; menos discussão das possíveis consequências desejáveis e indesejáveis para emissão dos novos comportamentos aprendidos, com pessoas que compartilhem das mesmas dificuldades. No entanto, o atendimento individual garantiu a adesão e também a discussão com profundidade dos problemas encontrados pelos universitários.

Partindo das melhorias obtidas pelos participantes, sobretudo da aproximação de pessoas, conhecidas e desconhecidas, uma sugestão para pesquisas futuras poderia ser a verificação dos efeitos de um programa de intervenção superior a 12 sessões. Ainda que 12 sessões tenham sido suficientes para diminuir a frequência de comportamentos condizentes com o diagnóstico de fobia social. Outra questão para futuras pesquisas seria verificar os efeitos da modificação do formato da intervenção, de individual para grupal, com maior possibilidade de contato interpessoal e de ensaio comportamental mais abrangente. Adicionalmente o número de participantes é bastante reduzido na

presente pesquisa, justificando novos delineamentos que incluam grupos, sobretudo com controle experimental, medidas adicionais de observação e de resultados sessão a sessão.

## Referências

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (4a ed.; C. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Baker, S. R. (2003). A prospective longitudinal investigation of social problem-solving appraisals on adjustment to university, stress, health and academic motivation and performance. *Personality and Individual Differences*, 35, 569-591.
- Baker, S. R. & Edelman, R. J. (2002). Is social phobia related to lack of social skills? Duration of skill-related behaviours and ratings of behavioural adequacy. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 243-257.
- Bandeira, M. & Quaglia, M. A. C. (2005). Habilidades sociais de estudantes universitários: Identificação de situações sociais significativas. *Interação em Psicologia*, 9, 45-55.
- Barlow, D. (1999) *Manual clínico dos transtornos psicológicos* (2a ed.; M. R. B. Osório, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Barlow, D. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford: New York.
- Boas, A. C. V. V., Silveira, F. F. & Bolsoni-Silva, A. T. (2005). Descrição de efeitos de um procedimento de intervenção em grupo com universitários: um estudo piloto. *Interação em Psicologia*, 9, 321-330.
- Bolsoni-Silva, A. T. & Carrara, K. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: Compatibilidades e dissensões conceitual-metodológicas. *Psicologia em Revista*, 16, 330-350.
- Bolsoni-Silva, A. T. (2002). Habilidades sociais: Breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação em Psicologia*, 6, 233-242.
- Bolsoni-Silva, A. T. Caracterização de habilidades sociais, fobia e depressão em estudantes universitários: Análise por período e gênero. FAPESP (processo 2008/10299-5)
- Bolsoni-Silva, A. T. (2009). Habilidades sociais de universitários: Procedimentos de intervenção na perspectiva da análise do comportamento. Em R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 23. Desafios, soluções e questionamentos* (pp. 21-52). Santo André: ESETEC.
- Bolsoni-Silva, A. T. & Loureiro, S. R. (2009). Questionário de habilidades sociais para universitários discriminando características para fobia social e déficits interpessoais. Em *Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica* (pp. 464), Campinas. Anais do Congresso de Avaliação Psicológica.
- Bolsoni-Silva, A. T., Loureiro, S. R., Rosa, C. F. & Oliveira, M. C. F. A. (2010). Caracterização das habilidades sociais de universitários. *Contextos Clínicos*, 3, 62-75.
- Burato, K. R. S., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2009). Transtorno de ansiedade social e comportamentos de evitação e de segurança: Uma revisão sistemática. *Estudos de Psicologia*, 14, 167-174.
- Caballo, V. E. (1996). O treinamento em habilidades sociais. Em: V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 3-42). São Paulo: Santos.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição* (D. G. Souza, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Collimore, K. C., & Asmundson, G. J. G. (2009). Social anxiety disorder: Etiology, diagnosis and treatment. Em C. A. Caxelby (Org.), *Social phobia: Etiology, diagnosis and treatment* (pp. 209-226). New York: New Science Publishers.
- Cozby, P. C. (2006). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: Proximidade histórica e atualidades. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 1, 104-115.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2002). Transtornos psicológicos e habilidades sociais. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P.

- Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 10. Contribuições para a construção da teoria do comportamento* (pp. 377-386). Santo André: Esetec.
- Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A. & Barreto, M. C. (2006). Treinamento de habilidades sociais em grupo com estudantes de psicologia: Avaliando um programa de intervenção na adaptação de estudantes ao ensino superior. Em M. Bandeira, Z. A. P. Del Prette & A. Del Prette (Orgs), *Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal* (pp. 181-198). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., Barreto, M. C. M., Bandeira, M., Rios-Saldaña, M. R., Ulian, A. L. A. O., Gerk-Carneiro, E., Falcone, E. M. O. & Villa, M. B. (2004). Habilidades sociais de estudantes de Psicologia: Um estudo multicêntrico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17, 341-350.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. *Inventário de habilidades sociais (HIS-Del Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del-Ben, C. M., Vilela, J. A. A., Crippa, J. A. S., Hallak, J. E. C., Labate, C. M. & Zuardi, A. W. (2001). Confiabilidade teste-reteste da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID) versão clínica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 156-159.
- Delsignore, A. (2008). Does prior psychotherapy experience affect the course of cognitive-behavioural group therapy for social anxiety disorder? *The Canadian of Journal Psychiatry*, 53, 509-516.
- Dozois, J. A. & Dobson, K. S. (2004). *The prevention of anxiety and depression. Theory, research and practice*. American Psychological Association: Washington.
- Furmark, T. (2000). *Social phobia: From epidemiology to brain function*. (Tese de doutorado não publicada). Uppsala University, Uppsala.
- Gerk, E. & Cunha, S. M. (2006). As habilidades sociais na adaptação de estudantes ao ensino superior. Em M. Bandeira., Z. A. P. Del Prette. & A. Del Prette (Orgs) *Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal* (pp. 181-198). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Goldiamond, I. (2002). Toward a constructional approach to social problems: Ethical and constitutional issues raised by applied behavioral analysis. *Behavior and Social Issues*, 11, 108-197. (Trabalho original publicado em 1974)
- Graeff, F. & Hetem, L. (2004). *Transtornos de ansiedade*. São Paulo: Atheneu.
- Isolan, L., Pheula, G. & Manfro, G. G. (2007). Tratamento do transtorno de ansiedade social em crianças e adolescentes. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34, 125-132.
- Levitan, M., Rangé, B. & Nardi, A. E. (2008). Habilidades sociais na agorafobia e fobia social. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24, 95-100.
- McFall, R. M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assesment*, 4, 1-33.
- McKay, M., Wood, J. C. & Brantley, J. (2007). *The dialectical behavior therapy skills workbook*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Pacheco, P. & Rangé, B. (2006). Desenvolvimento de habilidades sociais em graduandos de psicologia. Em M. Bandeira, Z. A. P. Del Prette & A. Del Prette (Orgs). *Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal* (pp. 199-216). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rowa, K. & Antony, M. M. (2005). Psychological treatments for social phobia. *The Canadian of Journal Psychiatry: In Review*, 50, 308-331.
- Sareen J. & Stein, M. (2000). A review of the epidemiology and approaches to the treatment of social anxiety disorder. *Drugs*, 59, 497-509.
- Sareen, J. & Stein, M. (2000). A review of the epidemiology and approaches to the treatment of social anxiety disorder. *Drugs*, 59, 497-509.
- Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações*. (M. A. Andery & T. M. Sério, Trans.). Campinas: Psy.
- Silvares, E. F. M., & Meyer, S. B. (2000). Análise funcional da fobia social em uma concepção behaviorista radical. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27, 329-334.
- Skinner, B. F. (2000). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953)
- Skinner, B. F. (2006). *Sobre o behaviorismo*. São Paulo: Cultrix. (Trabalho original publicado em 1974)
- Strahan, E. Y. (2003). The effects of social anxie-

- ty and social skills on academic performance. *Personality and Individual Differences*, 34, 347-366.
- Thompson, S., & Rapee, R. M. (2002). The effect of situational structure on the social performance of socially anxious and non-anxious participants. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 91-102.
- Van Dam-Baggen, R., & Kraaimaat, F. W. (2000). Group social skills training or cognitive group therapy as the clinical treatment of choice for generalized social phobia? *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 29, 14-21.
- Walsh, J. (2002). Shyness and social phobia. A social work perspective on a problem in living. *Health and Social Work*, 27, 137-144.
- Wenzel, A., Graff-Dolezal, J., Macho, M. & Brendle, J. R. (2005). Communication and social skills in socially anxious and nonanxious individuals in the context of romantic relationships. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 505-519.
- Zamignani, D. R. & Banaco, R. A. (2005). Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7, 77-92.

### Informações do Artigo

#### Histórico do artigo:

Submetido em: **06/02/2013**

Primeira decisão editorial: **20/05/2013**

Segunda decisão editorial: **05/06/2013**

Aceito em: **22/06/2013**