



ARTIGO ORIGINAL

Treinamento de habilidades sociais em adolescentes com transtorno de ansiedade social: uma revisão sistemática

Social skills training in adolescents with social anxiety disorder: a systematic review

Capacitación en habilidades sociales en adolescentes con trastorno de ansiedad social: una revisión sistemática

Rafaela Fava de Quevedo^a

Mariana Nunes Andreolla^b

Francine Guimarães Gonçalves^c

Ilana Andretta^d

^a Mestre em Psicologia, Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental (Psicóloga) – Caxias do Sul – RS – Brasil.

^b Graduanda em Psicologia – (Iniciação Científica).

^c Mestre em Psiquiatria – (Professora e Supervisora).

^d Doutorado em Psicologia – (Pesquisadora, professora, supervisora e orientadora).

DOI 10.5935/2318-0404.20190017

Instituição: Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Resumo

O Transtorno de Ansiedade Social caracteriza-se por um medo persistente em situações de exposição ou interação social. Para fins terapêuticos, faz-se importante desenvolver um repertório de habilidades sociais,

favorecendo a diminuição dos sintomas. Este estudo tem por objetivo identificar os treinamentos de habilidades sociais em adolescentes com transtorno de ansiedade social, bem como seus resultados através de uma revisão sistemática de artigos. Foram incluídos artigos publicados entre 2006 e 2016 nas bases ScienceDirect, PubMed Central, SCOPUS, LILACS e PsycINFO. O relato e análise dos itens seguiram as recomendações PRISMA. Dos 236 artigos encontrados, cinco foram analisados, considerando as características da amostra, conteúdo da intervenção, resultados e limitações de cada artigo. Os estudos, em sua maioria, realizaram intervenções baseadas no protocolo SET-C, as quais resultaram na melhora do Transtorno de Ansiedade Social de crianças e adolescentes. No entanto, nenhum dos estudos realizou uma análise específica das habilidades sociais pós-tratamento. Salienta-se a necessidade de estudos brasileiros com a temática, bem como se sugere pesquisas direcionadas à investigação específica das contribuições do treinamento de habilidades sociais para o tratamento do Transtorno de Ansiedade Social.

Palavras-chave: Transtornos Fóbicos; Criança; Adolescente; Revisão

Abstract

The Social Anxiety Disorder is characterized by a persistent fear during exposition or social interaction situations. For therapeutic ends, it is important to develop a repertoire of social skills, favoring the symptoms decrease. This study aims to identify the social skills training in adolescents with social anxiety disorder, along with its results, through a systematic review of articles. There were included articles published between 2006 and 2016 in ScienceDirect, PubMed Central, SCOPUS, SciELO, LILACS and PsycINFO databases. The items report and analysis followed PRISMA recommendations. Of the 236 articles found, five were analyzed, considering the sample characteristics, intervention content, results and limitations of each article. The majority of the studies performed interventions based on the SET-C protocol, which resulted in the improvement of the Social Anxiety Disorder of children and adolescents. However, none of the studies performed a specific analysis of post treatment social skills. It is emphasized the need for Brazilian studies about the theme, as well as researches are suggested, directed to the specific investigation of the contributions of social skills training for the treatment of Social Anxiety Disorder.

Keywords: Child; Adolescent; Review; Phobic Disorders

Resumen

El trastorno de ansiedad social se caracteriza por un miedo persistente en situaciones de exposición o interacción social. Para fines terapéuticos, es importante desarrollar un repertorio de habilidades sociales, favoreciendo la reducción de los síntomas. Este estudio tiene como objetivo identificar la capacitación de habilidades en adolescentes con trastorno de ansiedad social, así como sus resultados a través de una revisión sistemática de artículos. Artículos publicados entre 2006 y 2016 en ScienceDirect, PubMed Central, SCOPUS, LILACS y PsycINFO.

Los informes y análisis de los ítems siguieron las recomendaciones de PRISMA. De los 236 artículos encontrados, cinco fueron analizados, considerando las características de la muestra, el contenido La intervención, resultados y limitaciones de cada artículo. La mayoría de los estudios realizaron intervenciones. basado en el protocolo SET-C, que resultó en la mejora del trastorno de ansiedad social en niños. y adolescentes Sin embargo, ninguno de los estudios realizó un análisis específico de las habilidades sociales posparto. tratamiento Hacemos hincapié en la necesidad de estudios brasileños sobre el tema, así como la investigación. dirigido a la investigación específica de la formación en habilidades sociales del trastorno de ansiedad social.

Palabras clave: Trastornos fóbicos; Niño; Adolescente; Revisar

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS), também conhecido como fobia social, é conceituado como um medo marcante e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, de acordo com as características diagnósticas do DSM-5¹. Em diversas situações, o indivíduo se esquia de interações e situações sociais nas quais pode ser avaliado por outras pessoas. Considerando as dificuldades que acarreta na vida social, quanto mais cedo for realizado o diagnóstico, melhores são as perspectivas de prevenção e tratamento do quadro¹⁻³.

Segundo Leahy², a predisposição ao TAS pode ser observada na infância. Comportamentos de timidez e inibição comportamental, cansaço e desgosto por mudanças, bem como a dinâmica familiar podem influenciar o desenvolvimento do transtorno. Um ambiente familiar constituído por pais socialmente ansiosos pouco vai estimular os filhos a interagir com outras crianças. Ainda, segundo o mesmo autor², características de pais críticos e controladores reverberam em menor apoio aos filhos. Esse conjunto de circunstâncias da infância é influente no desenvolvimento do TAS, visto que na vida adulta as pessoas com TAS tendem a criar circunstâncias de isolamento, reforçando a crença delas serem rejeitadas. Em relação ao tratamento, salienta-se que são necessárias múltiplas intervenções para melhora clínica de indivíduos com TAS. Sem intervenções, os sintomas persistem e geram impacto significativo na vida dos indivíduos⁴. O transtorno apresenta boa resposta às técnicas de reestruturação cognitiva, associadas à exposição e treino de habilidades sociais^{2,3 5}.

Habilidades sociais são aprendidas no contexto em que os indivíduos estão inseridos, através de exposição a diferentes situações, bem como a partir da observação de interações sociais⁶. Dessa forma, crianças inibidas podem demonstrar um repertório social empobrecido ou ineficaz devido ao ambiente oferecer poucas oportunidades de aprendizagem, prática e reforço de condutas sociais^{7,8}. No entanto, essas habilidades também podem ser aprendidas por meio de treinamento, prática e ensaio comportamental⁸. De acordo com Halls, Cooper e Creswell⁹, crianças com TAS possuem menores habilidades de comunicação social quando comparadas a crianças com outros transtornos de ansiedade.

Nesse sentido, um foco no treinamento de habilidades sociais (THS) pode beneficiar o tratamento do TAS, uma vez que visa facilitar uma interação verbal mais efetiva. Diferentes autores, ao tratarem do diagnóstico de

TAS, utilizam o THS, o qual inclui ensino e prática de habilidades sociais¹⁰⁻¹². As intervenções com o THS também podem ser realizadas no sentido de prevenção de eclosão de sintomas, o que atua na melhora dos fatores que sustentam ou não o diagnóstico¹². Tal treinamento proporciona a aprendizagem de novos comportamentos, os quais se relacionam a saúde física e mental do indivíduo¹³.

Alguns elementos desenvolvidos durante o THS são: treinamento de comportamentos específicos que são ensinados e integrados ao repertório do indivíduo; redução da ansiedade, como resultado de comportamentos mais adaptativos e assertivos nas situações sociais; reestruturação cognitiva, atuando na modificação de crenças e pensamentos disfuncionais do indivíduo sobre seu comportamento e interação social; e, treinamento de solução de problemas, através do qual o indivíduo é ensinado a identificar as variáveis que envolvem seus problemas, processá-las e criar respostas, selecionando a mais funcional para atingir seus objetivos^{3,8,13}. Esses elementos são importantes para a eficácia do treinamento, visando melhora na qualidade de vida dos que dele se beneficiarem.

Em experiências de intervenção com a população adulta diagnosticada com TAS^{14,15}, o THS aparece como parte do protocolo de tratamento. As intervenções foram feitas na sua maioria em grupo, apresentando em conjunto sessões individuais e tarefas de casa. A duração das intervenções destes estudos é de duas sessões semanais de 90 minutos, com duração de 12 semanas. Ainda, destaca-se que parte do tratamento envolvendo habilidades sociais envolve terapia de exposição. Embora o THS fosse constituído como parte de tratamentos para o TAS, os resultados dos estudos demonstram que há efetividade no pós-tratamento, atuando no decréscimo de sintomas característicos do diagnóstico. Os tópicos relacionados ao THS com a população adulta abordam habilidades básicas de conversação, assertividade, estabelecimento de novos amigos e habilidades de falar em público.

A escolha pela adolescência como faixa etária para esta pesquisa decorre de que a literatura aponta essa fase do desenvolvimento como mais prevalente no início da sintomatologia do TAS. Além disso, segundo a Terapia Cognitivo-Comportamental, a constituição e reforço das crenças disfuncionais ocorrem entre a infância e a adolescência, sendo plausível um estudo que contemple, então, tal população. Nesse sentido, o objetivo deste estudo é identificar os Treinamentos de Habilidades Sociais realizados em adolescentes com Transtorno de Ansiedade Social e seus resultados.

Método

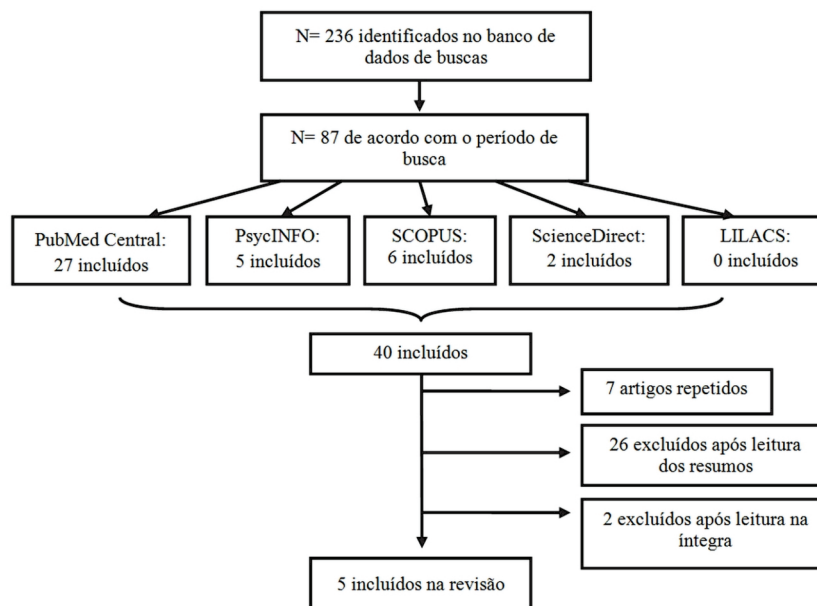
Trata-se de uma revisão sistemática da literatura na qual foi realizada uma busca nas bases de dados *ScienceDirect*, *PubMed Central*, *SCOPUS*, *LILACS* e *PsycINFO* sendo considerados os seguintes descritores: “social skills training” e “phobic disorders”, utilizando o recurso de pesquisa booleana AND no cruzamento entre descritores. Foram incluídos artigos empíricos completos publicados em língua portuguesa e inglesa, compreendendo o período entre 2006 e 2016. Foram excluídos estudos teóricos, incompletos e indisponíveis. Os artigos foram analisados por dois juízes independentes, os quais contavam com a avaliação de um terceiro

revisor no caso de divergências. Para o relato e análise dos itens utilizou-se as recomendações do PRISMA (Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises)¹⁶.

Resultados

A busca inicial nas bases evocou 236 itens. Destes, 87 preenchem o critério referente ao período de análise, ou seja, 2006 a 2016. Com a exclusão dos arquivos teóricos, indisponíveis, incompletos e que não contemplassem os idiomas de inclusão, os arquivos resumiram-se a 40. Após a retirada de arquivos repetidos entre as bases referenciadas, restaram 33, os quais foram lidos os resumos. Em seguida, sete artigos restaram para leitura na íntegra. A decisão para os itens selecionados repercutiu em cinco artigos para compor essa revisão sistemática, em acordo de elegibilidade de critérios de inclusão e objetivos propostos. O fluxograma representado na Figura 1 permite visualizar melhor a condução desta revisão.

Figura 1



Todos os estudos que compuseram a revisão, apresentados na Tabela 1, foram publicados em língua inglesa. Os estudos objetivaram determinar o resultado em longo prazo (3, 4 e 5 anos depois) em uma amostra de adolescentes tratados com *Social Effectiveness Therapy for Children (SET-C)*¹⁷; avaliar a utilidade de um ambiente virtual interativo para o tratamento do TAS em crianças pré-adolescentes¹⁸; avaliar os comportamentos sociais específicos em crianças com TAS tratadas com SET-C, juntamente com tratamento farmacológico com fluoxetina ou pílula placebo¹⁹; examinar mediadores e moderadores da resposta ao tratamento em crianças e adolescentes com diagnóstico de fobia social²⁰; e avaliar se um curso de educação de pais melhoraria o resultado para crianças com um diagnóstico de fobia social e se a comorbidade no início do tratamento prejudicaria

o resultado da fobia social²¹. Todas as intervenções foram realizadas nos Estados Unidos, exceto a de Öst et al.²¹, que foi realizado na Suécia. Ainda, todos os estudos incluídos na análise têm delineamento quantitativo.

Tabela 1. Estudos selecionados para esta revisão

| Intervenção | Autor e ano de publicação |
|--|---|
| <i>Social Effectiveness Therapy for Children (SET-C)</i> | Beidel et al. ¹⁷ (2006) Alfano et al. ²⁰ (2009) Scharfstein et al. ¹⁹ (2011) |
| <i>Modified Treatment with Virtual Environments</i> | Wong et al. ¹⁸ (2014) |
| <i>Social Skills Training (SST)</i> | Öst et al. ²¹ (2015) |

Referente à amostra, os estudos diferem quanto à idade dos participantes. Os intervalos de idade foram de 13 a 20 anos de vida – referente ao *follow up* de cinco anos¹⁷, oito a 12 anos¹⁸, sete a 16 anos¹⁹, sete a 17 anos²⁰ e oito a 14 anos²¹. Dessa forma, houve pouca diversificação quanto à idade, abrangendo faixas etárias semelhantes, o que delimitou as intervenções quanto ao período desenvolvimental da vida. Em quatro estudos^{17-19,21}, mais da metade dos participantes eram meninas, sendo somente no estudo de Alfano et al.²⁰ a maioria meninos. As amostras foram compostas por crianças e/ou adolescentes com diagnóstico primário de TAS, o qual ocorreu através de entrevistas diagnósticas semiestruturadas com os pais e as crianças e adolescentes, baseadas no *Anxiety Disorders Interview Schedule for Children/Parents (ADIS-C/P)*¹⁷⁻²¹. Quanto à quantidade de participantes, as amostras tiveram considerável diferença, sendo que o estudo de Beidel et al.¹⁷ iniciou com 31 participantes, entretanto finalizaram o processo completo 26 adolescentes; no estudo de Wong et al.¹⁸, a amostra foi de 11 crianças; no estudo de Scharfstein et al.¹⁹, participaram 90 crianças e adolescentes; o estudo de Alfano et al.²⁰ contou com 88 participantes; por fim, no estudo de Öst et al.²¹, participaram 55 crianças e adolescentes.

Em relação às medidas de avaliação, foram utilizadas medidas de autorrelato como o Inventário de Fobia Social e Ansiedade para Crianças (SPAI-C), o Inventário de Depressão Infantil (CDI)^{17,20,21}; a Escala de Solidão (LS)^{17,20}; a Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC)^{17,21}; o Questionário de Personalidade Eysenck – Junior (EPQ-J)¹⁷; e o Cronograma de Pesquisa de Medo para Crianças – Revisado (FSSCR), assim como o Inventário de Qualidade de Vida para Crianças (QOLI-C)²¹. Para os participantes que tinham entre 18 e 20 anos, Beidel et al.¹⁷ fez uso do Inventário de Depressão de Beck (BDI), do Inventário de Fobia Social e Ansiedade (SPAI) e do Questionário de Personalidade Eysenck – Revisado (EPQ-R). Öst et al.²¹ fez uso de uma escala de quatro itens respondida pelos participantes e seus pais a fim de medir a credibilidade que eles perceberam do tratamento. Em três estudos foram aplicadas medidas de relatos dos pais dos participantes, sendo elas a Lista de Verificação dos Comportamentos da Criança (CBCL)^{17,21}, o Inventário de Fobia Social e Ansiedade para Crianças – versão para pais (SPAI-C-P)²¹ e a Escala de Satisfação de Atendimento Ambulatorial de Charleston¹⁸.

Os estudos de Wong et al.¹⁸ e Scharfstein et al.¹⁹ se diferenciam em relação a avaliação. Para avaliar a habilidade social, Scharfstein et al.¹⁹ fez uso de um esquema de codificação do comportamento social, através

de uma escala tipo Likert de quatro pontos respondida por observadores independentes para classificar a habilidade social geral em uma tarefa de avaliação comportamental. Com isso, 11 comportamentos sociais foram agrupados em três categorias. Ainda, para os comportamentos individuais que restaram, foi utilizada outra escala Likert de quatro pontos. Já no estudo de Wong et al.¹⁸, a viabilidade do tratamento foi medida através das contagens de frequência de acesso à tecnologia usada no estudo, bem como pela frequência de dificuldades técnicas. Foi utilizada uma escala de classificação ao final de cada sessão clínica pelos participantes e a avaliação da probabilidade dos participantes recomendarem o programa de ambiente virtual a outras crianças para medir a aceitabilidade do tratamento. Por fim, a credibilidade do tratamento foi medida através de escalas de avaliação Likert padronizadas.

Os locais das intervenções foram diversos, por exemplo, Wong et al.¹⁸ realizaram numa clínica psicológica universitária, bem como na casa dos participantes, visto que o estudo contemplava o uso de um *software*. O recrutamento dos participantes também ocorreu de diversas formas, por exemplo, Beidel et al.¹⁷ recrutaram e reavaliaram adolescentes tratados em estudos anteriores em *follow up* de três, quatro e cinco anos após a intervenção do SET-C. Já, Wong et al.¹⁸ recrutaram os participantes os quais eram pacientes em uma clínica psicológica universitária. Em dois estudos o recrutamento de participantes se deu a partir de anúncios realizados na mídia (jornal, rádio e televisão) e também pela indicação de profissionais locais^{19,20}. Por fim, no estudo de Öst et al.²¹, os participantes foram recrutados através de encaminhamentos de serviços psiquiátricos infantis e serviços de saúde escolar.

A quantidade de encontros e o tempo de duração variaram entre os protocolos aplicados, entretanto, entre os que utilizaram o mesmo protocolo de intervenção mantiveram esses aspectos idênticos. Por exemplo, o programa SET-C foi utilizado por Beidel et al.¹⁷, Scharfstein et al.¹⁹ e Alfano et al.²⁰ e os três estudos continuam 12 sessões semanais de exposição individual graduada (60 a 90 minutos) e 12 sessões semanais de THS (90 minutos) mais sessões de generalização com pares (90 minutos). No estudo de Öst et al.²¹, foram usados os primeiros dois componentes do programa SET-C, com o mesmo número de sessões semanais dos estudos anteriores, no entanto a duração não foi informada e não foram realizadas as sessões de generalização com pares. O protocolo de Wong et al.¹⁸, embora também fosse constituído por 12 sessões semanais, apresentou variação quanto ao tempo, em que cada sessão tinha aproximadamente entre 30 e 40 minutos, além do tempo destinado à utilização do *software* em casa, ou seja, 30 minutos com frequência de três vezes por semana.

Quanto ao diagnóstico de TAS, ainda foram encontradas comorbidades entre os adolescentes. Alfano et al.²⁰ encontraram comorbidades em metade da amostra, sendo as principais: Transtorno de Ansiedade Generalizada, Fobias Específicas e TDAH. No estudo de Wong et al.¹⁸, as comorbidades encontradas foram de Síndrome de Asperger, Transtorno de Ansiedade de Separação e Distímia, também em metade dos participantes. Beidel et al.¹⁷ também encontraram comorbidades em quase metade da amostra no período de *follow up* de cinco anos, entretanto, não citam quais foram os diagnósticos. No estudo de Öst et al.²¹, mais da metade da amostra tinha pelo menos uma comorbidade e as mais comuns encontradas foram Fobia Específica, Transtorno

de Ansiedade Generalizada e Transtorno de Ansiedade de Separação. Somente no estudo de Scharfstein et al.¹⁹ não foram citadas comorbidades diagnósticas.

Os assuntos abordados nas intervenções referentes ao THS foram baseados no SET-C e incluíram diversos aspectos, como: instrução, modelagem, ensaio de comportamento, técnicas de *feedback*, habilidades básicas de conversação, habilidades de compreensão empática, habilidades de amizade e resolução de conflitos^{17,18,20} e treinamento de assertividade^{17,18,20,21}; sessões de exposição para diminuir a excitação fisiológica (habituação) e evitação comportamental (extinção), permitindo maior conforto para entrar e engajar-se em interações sociais¹⁹; apresentar-se, iniciar uma conversa, fazer perguntas a estranhos, juntar-se a um grupo, fazer telefonemas, fazer um pedido em um restaurante e performances verbais de diferentes tipos²¹; realização de cenas de dramatização e tarefas de leitura em voz alta, *role-play* incluindo iniciar uma conversa com um adolescente desconhecido, oferecer ajuda, dar um elogio, receber um elogio e responder afirmativamente a um comportamento¹⁷. A exposição in vivo foi utilizada como recurso no tratamento, de forma individual¹⁷⁻²¹ como, por exemplo, na presença de temores sociais específicos^{19,20}, incluindo conversas telefônicas, leituras e performances comportamentais na presença de outros adolescentes, ou fazer perguntas para estranhos¹⁹.

Para testar os comportamentos de segurança da criança, foram utilizados experimentos comportamentais, principalmente para situações como ler em voz alta e fazer apresentação oral²¹. Diferente da exposição in vivo clássica, também se utilizou a estratégia de um ambiente virtual com situações de exposição in vivo, a qual foi descrita como alternativa promissora às exposições in vivo presenciais¹⁸. Os cinco estudos apresentam em comum o fato de que as exposições in vivo eram direcionadas a questões únicas dos participantes, acessando as particularidades de cada um em relação à performance social dificultosa, característica do diagnóstico de TAS¹⁷⁻²¹.

Como tópicos relacionados à generalização com pares, estas seguiram diretamente os grupos de habilidades sociais, a fim de permitir que as crianças com TAS praticassem habilidades em um ambiente naturalista. As atividades com os pares variaram dependendo da idade do participante no grupo, sendo incluídas atividades como boliche, brincadeiras de grupo, idas à pizzeria^{19,20} e participação em encenações de dramatização de repertório social¹⁷. Os pares não possuíam o diagnóstico de TAS e foram treinados para essa função, sendo crianças e adolescentes recrutados seguindo o critério da idade do participante, bem como residiam na comunidade próxima da intervenção^{17,19,20}. A generalização com pares foi substituída pelo recurso do ambiente virtual em um dos protocolos de intervenção, a qual foi realizada com auxílio de um *software* específico contendo uma identidade virtual e personagens adultos que atuaram como pares, porém a generalização foi realizada de forma individual, tendo como apoio o terapeuta responsável que acompanhou a intervenção¹⁸. Um único estudo não contemplou o componente de generalização com pares²¹.

Informações a respeito dos terapeutas aplicadores da intervenção, como características e experiência prévia com fobia social, foram descritas apenas no estudo de Öst et al.²¹. Os terapeutas que aplicaram a intervenção foram quatro psicólogas clínicas do sexo feminino que possuíam experiência de um a cinco anos

no tratamento de crianças com fobia social. Ainda, essas terapeutas receberam supervisão semanal, a fim de auxiliá-los a seguirem os manuais e a solucionar problemas²¹.

Quanto aos resultados das intervenções dos três estudos que utilizaram o SET-C, observou-se que na intervenção de Beidel et al.¹⁷, sete dos 21 (26,9% do total) tiveram diagnóstico de TAS no pós-tratamento, mas indicando melhora durante o período. Quatro adolescentes (15,4% da amostra) mantiveram seu diagnóstico de fobia social, tanto no pós-tratamento quanto no *follow-up* de 5 anos, enquanto 1 Adolescente (3,8% da amostra) sem diagnóstico no pós-tratamento rescindiu após 5 anos. Sete participantes (26,9% da amostra) obtiveram critérios para outro distúrbio no momento do *follow-up*, sendo que para 5 participantes, o início da doença ocorreu após a conclusão do tratamento com SET-C. Os autores concluíram que as habilidades adquiridas no SET-C não são mantidas 5 anos após o tratamento. Ainda, as habilidades sociais do grupo de resposta ao tratamento não diferiram daquelas do grupo sem o TAS. Esse resultado foi examinado, inferindo que a melhora nas habilidades sociais é a variável comportamental mais resistente à mudança. O mesmo protocolo, aplicado no estudo de Scharfstein et al.¹⁹, indicou que no pós-tratamento, os participantes tratados com SET-C mostraram capacidade mais efetiva no tópico conversacional – comportamentos sociais pragmáticos – e mais movimentos motores apropriados, como orientação facial e postura, do que crianças tratadas somente com fluoxetina ou placebo. Além disso, apenas os participantes tratados com SET-C melhoraram em todas as três variáveis de habilidades. Os achados do estudo sugerem que as intervenções que visam apenas a redução da excitação ansiosa de maneira farmacológica não tem impacto nos déficits de competências sociais e podem não ser adequadas para tratar o TAS. Para Alfano et al.²⁰, as mudanças na ansiedade social foram avaliadas pelo relato de isolamento das crianças e os resultados não foram moderados pela idade ou sintomas depressivos. Os resultados revelaram que a pontuação para isolamento e eficácia em habilidades sociais realizadas durante uma dramatização de *role-play* predizem mudanças no TAS e no funcionamento global no pós-tratamento. Dessa forma, entende-se que a melhora nas habilidades sociais repercute na melhora de sintomas de isolamento e no TAS.

Já em relação aos resultados dos dois estudos que se diferenciam pela intervenção, foi visto que a intervenção de Wong et al.¹⁸ proporcionou diminuição do sofrimento ansioso. Todas os participantes desse estudo (100%) classificaram o ambiente virtual como um tratamento específico a ajudá-los a tornar-se menos ansiosos. A maioria da amostra (75%) também relatou que o tratamento ajudou a melhorar outras áreas de seu funcionamento, bem como no relacionamento com os pais, e ainda, que recomendariam este tratamento a um amigo ansioso. As crianças relataram que o ambiente virtual era um programa de alta qualidade e útil para a aquisição de habilidades sociais. No estudo de Öst et al.²¹, os resultados foram obtidos através de avaliações de avaliadores independentes e de medidas de autorrelato, realizadas no pré-tratamento, pós-tratamento e *follow-up* de um ano. Não foi encontrada diferença significativa entre os dois tratamentos ativos (criança apenas e criança com os pais) e ambos mostraram melhores resultados do que o grupo lista de espera. Os efeitos do tratamento foram mantidos ou até expandidos no *follow-up*. Ainda, os resultados mostraram que a comorbidade não prejudicou o resultado da fobia social. Além disso, os distúrbios comórbidos melhoraram

significativamente do pré para o pós-tratamento e do pós-tratamento para o *follow-up*, mesmo que esses distúrbios não tenham sido alvo do tratamento.

Os autores apontaram diversas limitações nos seus estudos, dentre elas a baixa quantidade de participantes que receberam tratamento e falta de grupo controle para comparação dos resultados em relação à participantes que não receberam o THS^{17,21}; a condição não cega dos pais, adolescentes e clínicos no pré-tratamento do SET-C com os adolescentes¹⁷; limitações tecnológicas, visto que foi utilizado um *software* para o THS, a falta de uma medida que avalie a usabilidade do programa utilizado, pois o programa possui diferentes tipos de usuários e a usabilidade varia de acordo com eles e, também, a dificuldade em prever a aceitação e adaptação dos pesquisadores e clínicos ao ambiente virtual¹⁸; a falta de uma classificação de adesão e de competências para aplicação do THS, visto que o programa era novo no país, não havendo supervisores especializados disponíveis que pudessem atuar como avaliadores independentes e a não possibilidade de detecção de novos distúrbios que pudessem ter sido desenvolvidos entre as avaliações, devido ao uso da versão abreviada da escala ADIS-C/P no pós-tratamento e no follow-up²¹; diferentes condições de comparação, em função dos dados terem sido retirados de intervenções de tratamento separadas e não idênticas, o que ocasionaram a incerteza do impacto potencial, assim como não ter sido avaliada a associação temporal como mediadora analisada junto com os resultados e não ter realizado uma análise específica dos aspectos das relações entre pares e das atividades sociais das crianças, a qual contribuiria para um melhor entendimento da forma em que as mudanças na solidão estão relacionadas a certos aspectos da socialização²⁰; a avaliação de apenas um agente farmacológico, considerando que outros medicamentos podem apresentar um impacto diferencial nos déficits de habilidades sociais, a não avaliação dos efeitos da Terapia Cognitivo-Comportamental sem o THS, sendo que poderia ser possível uma melhora na habilidade social mesmo sem o THS e, por fim, a descontinuação da medicação, em função do estudo ter 12 semanas de duração, sendo que um resultado diferente poderia ter sido obtido se o uso da medicação fosse prolongado¹⁹.

Discussão

O objetivo desta revisão sistemática foi identificar os treinamentos de habilidades sociais em adolescentes com transtorno de ansiedade social, bem como sua eficácia. De acordo com os resultados, todos os estudos apresentaram características de amostra parecidas quanto à idade dos participantes, tendo pouca variação, visto que compreendiam a fase da adolescência. Por outro lado, houve diferença em relação à quantidade de participantes, sendo que o estudo com menor número compreendeu uma amostra com 11 adolescentes¹⁸ e o estudo com quantidade maior de participantes foi constituído por 90 adolescentes¹⁹. Alguns estudos apresentaram quantidade baixa de participantes na intervenção, o que pode interferir inclusive no poder estatístico das análises realizadas²¹. Este dado é considerado uma limitação, uma vez que é necessário um número amostral maior para que os efeitos da intervenção sejam visualizados²².

Quanto ao formato, a todas as intervenções foram aplicadas em grupo, diferindo apenas em relação à

exposição in vivo, a qual foi realizada individualmente em todos os protocolos¹⁷⁻²¹. Algumas vantagens podem ser encontradas na intervenção grupal, por exemplo, os participantes podem receber apoio pelos pares, compartilhar informações e facilita o desenvolvimento e aplicação de estratégias similares para os participantes da intervenção. Um estudo de meta-análise demonstrou uma equivalência da psicoterapia em grupo para o TAS em relação a outras modalidades de tratamento, sendo considerada um tratamento eficaz²³. Além disso, a abordagem em grupo da Terapia Cognitivo-Comportamental possibilita que o próprio grupo contribua com os pacientes com TAS, pois diminui o isolamento, agindo como uma forma de exposição^{3,5,24}. No entanto, podem aparecer desvantagens, visto que o grupo segue um cronograma e desenvolve seu próprio ritmo de funcionamento, o que pode dificultar o engajamento de alguns participantes. Por outro lado, intervenções individualizadas permitem que o terapeuta e o adolescente estabeleçam a intervenção de uma forma mais personalizada, levando em consideração as singularidades e as dificuldades de habilidade social de cada participante, conforme realizado nas exposições in vivo¹⁷⁻²¹.

Ainda, é necessário atentar aos possíveis riscos de viés envolvidos em estudos como os contemplados nesta revisão. Nesse sentido, destaca-se a importância de relatar os aspectos relacionados aos efeitos não específicos das intervenções a fim de evitar tais riscos. Por exemplo, o detalhamento de informações a respeito do funcionamento dos grupos, como periodicidade, quantidade de participantes, *rappor*t e orientações quanto aos conteúdos trabalhados nas intervenções, podem ser fatores que influenciaram os resultados provenientes das intervenções. Além disso, a qualidade e proximidade nas interações entre os participantes e os profissionais que aplicaram a intervenção também podem promover algum impacto nos resultados. Com isso, a omissão ou imprecisão dessas informações pode causar um risco de viés considerável e ter comprometido a confiabilidade dos resultados obtidos em tais estudos¹⁶.

Observou-se que os estudos incluíram o THS como parte do protocolo de intervenção, porém não houve uma análise exclusiva do treinamento nesses participantes. Pondera-se sobre uma lacuna quanto às intervenções no sentido de abrangerem mais de um item quanto ao conteúdo, repercutindo em menor investimento no THS. Dessa forma, não se observa uma clareza da contribuição específica do treinamento nos resultados obtidos, mesmo sendo apontado pela literatura o potencial benéfico do desenvolvimento de habilidades sociais no tratamento deste transtorno⁹. Além disso, os instrumentos avaliaram o TAS pós-intervenção, mas não incluíram a avaliação das habilidades sociais em si, o que pode ser caracterizado como outra limitação, uma vez que não esclarece se houve mudança ou melhora de tais habilidades. Demarca-se a necessidade da investigação da eficácia das intervenções para além do transtorno, ampliando as análises para que os benefícios específicos em relação ao THS sejam investigados.

Intervenções com adolescentes com diagnóstico de TAS se mostraram pertinentes, na inclusão do THS como intervenção. Entretanto, evidencia-se a necessidade de pesquisas sobre o tema em diferentes países, a fim de ampliar o conhecimento sobre a temática em distintos contextos sociais, históricos e culturais. Assim como os estudos que fizeram parte desta revisão, identificou-se que o SET-C tem sido usado em diversas pesquisas com intervenções envolvendo o TAS²⁵. Esta pode ser considerada uma limitação, uma vez que os estudos ficam

restritos a um único protocolo e, dessa forma, não são descritos outros modelos de tratamento para TAS que elucidem as habilidades sociais, o que restringe a amplitude de conhecimento acerca das possibilidades de tratamento para esse transtorno.

Recomenda-se que futuras pesquisas relacionadas à temática apresentem os protocolos detalhados de maneira a incluir os itens analisados nesta revisão sistemática: descrição apurada dos participantes, incluindo questões sociodemográficas a fim de caracterizar melhor a população na qual a intervenção está sendo realizada; enumeração referente ao protocolo que está sendo aplicado, especialmente organizando o processo no qual ele ocorreu; detalhes sobre a formação profissional ou acadêmica dos aplicadores e dos avaliadores e aplicadores da intervenção, visto que há a necessidade de conhecer o treinamento e conhecimento dos que estão realizando a intervenção, especialmente tendo em vista que possam ocorrer diferenças em aplicadores experientes em detrimento de aplicadores iniciantes.

Além disso, sugere-se que os resultados dos estudos possam ser apresentados de forma a representar as mudanças, ganhos e alterações quanto ao diagnóstico e quanto ao repertório de habilidades sociais. Para isso, propõe-se que sejam utilizados instrumentos específicos, validados para a população amostral e que possam avaliar tais mudanças, direcionados tanto à avaliação das habilidades sociais, quanto ao diagnóstico de TAS. Ainda, incluindo os itens analisados nesta revisão, que possam ser discutidas limitações ou lacunas nos estudos sendo elas relacionadas às intervenções, e ainda a outros aspectos, como por exemplo, condições apresentadas no momento da intervenção, condições da amostra, instrumentos utilizados para avaliação da eficácia do protocolo e também quanto aos aplicadores da intervenção, diante suas características de formação. Dessa forma, quanto melhor a descrição dos estudos empíricos, maior a probabilidade do protocolo ser compreendido e até mesmo replicado por outros pesquisadores, contribuindo também para a ampliação do conhecimento do tratamento do TAS em adolescentes, assim como para a exploração de novas possibilidades.

Considerações finais

Esta revisão sistemática descreveu intervenções em que estão sendo realizados THS em adolescentes com TAS. Os estudos empíricos apresentaram resultados positivos frente às habilidades sociais nesses adolescentes. Frente às propostas e conclusões vislumbradas na literatura, aponta-se a necessidade de trabalhos futuros que contemplem o tema do treinamento de habilidades sociais para adolescentes com diagnóstico de TAS, seguindo os critérios de validade e aplicabilidade em outros contextos, como por exemplo, na clínica, nas escolas e em locais possíveis de aglomerar indivíduos na adolescência. Os protocolos analisados nesta revisão foram de aplicação exclusiva em pesquisa, a qual exige rigor diferenciado metodológico. Reitera-se que o THS foi utilizado apenas como parte da intervenção nesses estudos analisados, os quais apresentaram resultados da intervenção como um todo, sem fornecer uma análise exclusiva da contribuição do treinamento para o tratamento. Com isso, sugere-se que novos estudos investiguem e forneçam dados específicos das contribuições do THS para o tratamento do TAS.

Referências

1. American Psychiatric Association (APA). DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. Leahy RL. Livre de ansiedade. Porto Alegre: Artmed; 2011.
3. Picon P, Knijnik DZ. Fobia social. In: Knapp P. Terapia Cognitivo-Comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 226-47.
4. Jazaieri H, Morrison AS, Goldin PR, Gross JJ. The role of emotion and emotion regulation in social anxiety disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2015; 17(1): 531.
5. Hope DA, Heimberg RG, Turk CL. Terapia cognitivo-comportamental para ansiedade social: Guia do terapeuta. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
6. Del Prette ZAP, Del Prette A. Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática. Petrópolis, RJ: Vozes; 2017.
7. Caballo VE. O treinamento em habilidades sociais. In: Caballo VE. Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Santos; 1996. p. 361-98.
8. Caballo VE. Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais. São Paulo: Livraria Santos; 2003.
9. Halls G, Cooper PJ, Creswell C. Social communication deficits: specific associations with social anxiety disorder. *J Affect Disord.* 2015; 172: 38-42.
10. Hudson JL, Rapee RM, Lyneham HJ, McLellan LF, Wuthrich VM, Schniering CA. Comparing outcomes for children with different anxiety disorders following cognitive behavioural therapy. *Behav Res Ther.* 2015; 72: 30-7.
11. Seligman LD, Ollendick TH. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2011; 20(2): 217-38.
12. Marom S, Aderka IM, Hermesh H, Gilboa-Schechtman E. Social phobia: maintenance models and main components of CBT. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2009; 46(4): 264-8.
13. Lunkes FP, Soares RL, Pergher GK. Interfaces entre Treinamento em Habilidades Sociais e Acompanhamento Terapêutico no Tratamento da Fobia Social e da Dependência Química. In: Wainer R, Piccoloto NM, Pergher GK. *Novas Temáticas em Terapia Cognitiva.* Porto Alegre: Sinopsys; 2011. p. 147-60.
14. Gros DF, Sarver NW. An investigation of the psychometric properties of the Social Thoughts and Beliefs Scale (STABS) and structure of cognitive symptoms in participants with social anxiety disorder and healthy controls. *J Anxiety Disord.* 2014; 28(3): 283-90.
15. Beidel DC, Alfano CA, Kofler MJ, Rao PA, Scharfstein L, Sarver NW. The impact of social skills training for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *J Anxiety Disord.* 2014; 28(8): 908-18.
16. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med.* 2009; 6(7):e1000097.
17. Beidel DC, Turner SM, Young BJ. Social effectiveness therapy for children: Five years later. *Behav Ther.* 2006; 37(4): 416-25.

18. Wong N, Beidel DC, Spitalnick JS. The feasibility and acceptability of virtual environments in the treatment of childhood social anxiety disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2014; 43(1): 63-73.
19. Scharfstein LA, Beidel DC, Finnell LR, Distler A, Carter NT. Do pharmacological and behavioral interventions differentially affect treatment outcome for children with social phobia?. *Behav Modif*. 2011; 35(5): 451-67.
20. Alfano CA, Pina AA, Villalta IK, Beidel DC, Ammerman RT, Crosby LE. Mediators and moderators of outcome in the behavioral treatment of childhood social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 48(9): 945-53.
21. Öst LG, Cederlund R, Reuterskiöld L. Behavioral treatment of social phobia in youth: Does parent education training improve the outcome?. *Behav Res Ther*. 2015; 67: 19-29.
22. Sampieri RH, Collado CH, Lucio PB, Murad FC, Garcia AGQ. *Metodologia de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: McGraw-Hill; 2013.
23. Barkowski S, Schwartze D, Strauss B, Burlingame GM, Barth J, Rosendahl J. Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *J Anxiety Disord*. 2016; 39: 44-64.
24. D'El Rey GJF, Pacini CA. Terapia cognitivo-comportamental da fobia social: modelos e técnicas. *Psicol Estud*. 2006; 11(2): 269-75.
25. Isolan L, Pheula G, Manfro GG. Tratamento do transtorno de ansiedade social em crianças e adolescentes. *Rev Psiq Clin*. 2007; 34(3): 125-32.

Contribuições: Rafaela Fava Quevedo – Desenho e concepção do manuscrito, revisão da literatura, realização das buscas nas bases de dados, análise dos dados, redação do artigo e padronização das normas de acordo com a revista;

Mariana Nunes Andreolla – Revisão da literatura, realização das buscas nas bases de dados, análise dos dados, redação do artigo e padronização das normas de acordo com a revista;

Francine Guimarães Gonçalves – Revisão do texto e adição de partes significativas;

Ilana Andretta – Revisão do texto e adição de partes significativas.

Correspondência

Programa de Pós-Graduação em Psicologia,
Universidade do Vale do Rio dos Sinos,
Sao Leopoldo, RS, Brasil

Submetido em: 05/03/2018

Aceito em: 10/07/2018