

PSICOLOGIA  
DAS  
HABILIDADES  
SOCIAIS

Terapia e educação

 EDITORA  
VOZES

**2ª EDIÇÃO**

da A.P. del Prette  
Anir [ ] Prette



Este é um manual teórico-prático sobre o treinamento de Habilidades Sociais (THS) e desenvolvimento interpessoal, abrangendo na revisão histórica da constituição dessa área, analisando os aportes teóricos dos modelos e abordagens nos quais se baseia e apresentando importantes subsídios para a pesquisa e a aplicação do THS em diferentes contextos.

Não existe nenhum livro escrito e publicado nesta área no Brasil, embora o interesse em nosso país possa ser considerado crescente. Este interesse pode ser ferido pela inclusão desta temática nos principais congressos de Psicologia, como a reunião Anual de Psicologia de Ribeirão Preto e os encontros da Sociedade Brasileira de Terapia e Medicina Comportamental. O livro se destina a:

- a) estudantes de graduação e pós-graduação em Psicologia;
- b) psicólogos e outros profissionais psi das áreas clínica, educacional, industrial e comunitária;
- c) profissionais de áreas próximas à Psicologia, como: fonoaudiologia, terapia ocupacional, serviço social, podendo também ser aplicada a quaisquer áreas de atuação que envolvam interações sociais, como: vendas, jornalismo, recursos humanos, etc.;
- d) educadores em geral.



Tilda A.P. Del Prette é psicóloga, com mestrado em Psicologia Comunitária pela Universidade Federal da Paraíba e doutorado em Psicologia Experimental pela Universidade de São Paulo (USP). Atualmente é professora titular da Universidade Federal

PSICOLOGIA DAS HABILIDADES SOCIAIS:  
TERAPIA E EDUCAÇÃO



EDITORA VOZES



**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Del Prette, Zilda A.P.

Psicologia das habilidades sociais : terapia e educação /  
Zilda A.P. Del Prette, Almir Del Prette. - Petrópolis, RJ : Vozes, 1999.

Bibliografia.

ISBN 85.326.2142-2

1. Habilidades sociais 2. Psicologia social 3. Relações interpessoais  
I. Del Prette, Almir. II. Título.

98-4384

CDD-302.14

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Habilidades sociais : Treinamento : Psicologia social 302.14



ZILDA A.P. DEL PRETTE  
ALMIR DEL PRETTE

PSICOLOGIA DAS  
HABILIDADES SOCIAIS:  
TERAPIA E EDUCAÇÃO

2ª Edição



EDITORA  
VOZES

---

Petrópolis  
2001

© 1999, Editora Vozes Ltda.  
Rua Frei Luís, 100  
25689-900 Petrópolis, RJ  
Internet: <http://www.vozes.com.br>  
Brasil

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra poderá ser reproduzida ou transmitida por qualquer forma e/ou quaisquer meios (eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia e gravação) ou arquivada em qualquer sistema ou banco de dados sem permissão escrita da Editora.

*Editoração e org. literária:* Otaviano M. Cunha

ISBN 85-326-2142-2

Este livro foi composto e impresso pela Editora Vozes Ltda.  
Rua Frei Luís, 100. Petrópolis, RJ - Brasil - CEP 25689-900  
Caixa Postal 90023 Tel.: (0xx24) 237-5112 - Fax: (0xx24) 231-4676.



*Para:*

*nossos pais: Terezinha e Manoel*

*Anna Cecília e Horácio (em memória)*

*nossos filhos: Lucas e Giovana*

*nossos queridos amigos: Maria Eny, Aylton  
e Ana Lucia*

*Zilda e Almir*





## AGRADECIMENTOS

Não obstante os esforços despendidos, escrever este livro foi bastante prazeroso. Em parte porque verificamos, através da busca de referências e de diálogo mais direto, que a temática das Habilidades Sociais e das que lhe são próximas não são indiferentes a pesquisadores, educadores, pais e alunos. Deles recebemos demonstrações de interesse nos cursos e palestras que ministramos sobre o assunto.

Além disso, alguns colegas, com muita boa vontade, leram os originais dos capítulos que lhes enviamos e, junto com o incentivo, fizeram observações, sugestões e críticas que foram aproveitadas em nossa revisão e constituíram *feedbacks* preciosos. Queremos deixar registrada aqui nossa dívida de gratidão a todos os que colaboraram para o aprimoramento deste livro:

- os colegas da Universidade Federal de São Carlos: Celso de Noronha Goyos, Deisy das Graças de Souza, Júlio César de Rose, Lisa Barham, Maria Stella Coutinho de Alcântara Gil e Nivaldo Nale;

- e os colegas de outras universidades: Bernard Pimentel Rangé (Universidade Federal do Rio de Janeiro), Hélio José Guilhaardi (Pontifícia Universidade Católica de Campinas e Instituto de Análise do Comportamento), Maura Gongorra (Universidade Estadual de Londrina, PR), Sílvia Helena Köller (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) e Vicente E. Caballo (Universidade de Granada, Espanha).

Nosso agradecimento se estende ao amigo Sidney Barbosa (UNESP-Araraquara) que, não obstante estar atarefado com seu



pós-doutorado, se incumbiu da revisão lingüística e gramatical dos manuscritos.

Finalmente queremos mencionar nosso reconhecimento aos alunos do Curso de Graduação em Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos que, ao cursarem as disciplinas sobre Habilidades Sociais, com muita competência social incentivaram e assertivamente cobraram nossas promessas de produção deste livro.



# SUMÁRIO

*Introdução*, 11

## PARTE I - HABILIDADES SOCIAIS: HISTÓRIA, CONCEITOS E DESENVOLVIMENTO, 15

1. O desenvolvimento das habilidades sociais, 17
2. Bases históricas da área de Treinamento de Habilidades Sociais, 24
3. Modelos explicativos da área de Treinamento de Habilidades Sociais, 30
4. Definições e conceitos da área de Treinamento de Habilidades Sociais, 41
5. Componentes das habilidades sociais, 54

## PARTE II - AVALIAÇÃO E PROMOÇÃO DAS HABILIDADES SOCIAIS, 93

6. Avaliação do desempenho social, 95
7. Técnicas de Treinamento de Habilidades Sociais, 116
8. Estrutura e dinâmica do Treinamento de Habilidades Sociais, 144
9. Aplicações do Treinamento de Habilidades Sociais, 159

*Referências bibliográficas*, 176

*Índice*, 202







## INTRODUÇÃO

As sociedades complexas da atualidade, derivadas de uma economia cada vez mais globalizada e tecnológica, estão gerando um impacto, ainda não completamente aferido, que atinge todos os setores das organizações sociais e, também, a subjetividade e as relações interpessoais. O esvanecimento dos ideais libertários, o abandono das utopias, a supremacia do liberalismo e o declínio dos movimentos sociais parecem ter possibilitado a formação racional do individualismo exacerbado e da prática do consumismo como valor maior. Conforme lembra Santos (1996):

“A crise dos Estados e das ideologias desenvolvimentistas abre, nesse domínio, uma Caixa de Pandora, de onde podem sair, lado a lado, e às vezes misturados, o racismo, o chauvinismo étnico e mesmo o etnocídio, por um lado, e a criatividade cultural, a autodeterminação, a tolerância pela diferença e a solidariedade, por outro” (p. 317).

A parte ruim da caixa de Pandora, a que Santos alude, tem sido sentida mais fortemente num tipo de relações sociais ego-cêntricas que parece aumentar, em frequência e magnitude, os conflitos interpessoais. São recorrentes as notícias dos jornais e da mídia sobre problemas interpessoais, com desfechos trágicos, iniciados em querelas de menor importância, particularmente envolvendo jovens.

A parte boa da Caixa de Pandora pode ser observada principalmente na formação de movimentos de reação a esse estado de coisas, na insatisfação com a deterioração das relações sociais



e tantos outros sinais a cada dia mais perceptíveis. Um deles, iniciado há alguns anos no Centro de Estudos da Criança, da Universidade de Yale, nos Estados Unidos, vem contagiando pais e educadores e disseminando-se no âmbito da pré-escola americana. Esse movimento tem o objetivo de garantir o desenvolvimento de novas competências para se evitar ou administrar conflitos interpessoais violentos e se viver de maneira mais harmoniosa e solidária e vem despertando a atenção para o ensino de habilidades de relacionamento social também no contexto escolar. Trata-se da extensão, para o contexto educacional, de uma temática tradicionalmente ligada à Psicologia Clínica, mais especificamente, ao Treinamento de Habilidades Sociais.

A amplitude das questões que permeiam essa temática representa um convite à pesquisa numa área que se coloca como um eixo potencial de convergência de diferentes abordagens conceituais da Psicologia e, ao mesmo tempo, de interface da Psicologia com outras ciências, como: a Educação, a Antropologia, a Filosofia e a Sociologia, requerendo esforços interdisciplinares e elaboração teórica na produção e aplicação de novos conhecimentos. As dificuldades ocasionais nas relações interpessoais não são consideradas distúrbios ou patologias; porém, certamente, diminuem a qualidade de vida das pessoas, requerendo intervenções preventivas e educacionais. Entretanto, quando essas dificuldades evoluem, tanto em frequência e duração episódicas, como na generalização das situações cotidianas, elas requerem intervenção terapêutica imediata.

O que ora apresentamos ao leitor é um manual cujos capítulos podem ser lidos separadamente, mas que, em sua estrutura, apresentam uma seqüência lógica, ordenada de modo a facilitar uma compreensão geral do desenvolvimento da área das Habilidades Sociais e das questões ligadas ao desenvolvimento interpessoal. Os capítulos da primeira parte abordam origem, pressupostos, definições e condição presente da área. Na segunda parte explicitam-se os conteúdos referentes à avaliação e diagnóstico, às técnicas utilizadas nos programas destinados a superar déficits ou dificuldades interpessoais e às aplicações e estrutura do Treinamento em Habilidades Sociais.



Ao leitor interessado nos temas aqui abordados, desejamos que, ao folhear estas páginas, nelas encontre subsídios que o auxiliem em sua prática profissional e possa, também, aplicar esses conhecimentos na melhoria de suas relações interpessoais, com a certeza de que a construção de uma sociedade mais humana começa em nós.





## PARTE I

### HABILIDADES SOCIAIS: HISTÓRIA, CONCEITOS E DESENVOLVIMENTO

*Recordação ridícula e tocante: O primeiro salão onde, aos dezoito anos, apareci só e sem apoio! O olhar de uma mulher bastava para me intimidar. Quanto mais queria agradar, mais desajeitado ficava. Eu formava de tudo as idéias mais falsas: ora expandia-me sem motivos, ora via num homem um inimigo porque me havia olhado com gravidade. Mas então, em meio às horríveis desditas de minha timidez, como era belo um belo dia.*

Kant





# 1. O DESENVOLVIMENTO DAS HABILIDADES SOCIAIS

O interesse pelos aspectos evolutivos do desempenho social é relativamente antigo na Psicologia. Praticamente todas as teorias de desenvolvimento abordam a questão da socialização e da importância das interações e relações sociais enquanto fatores de saúde mental e de desenvolvimento. Alguns autores (como por exemplo Bellack & Hersen, 1977; Matson, Sevin & Box, 1995) têm expressado preocupação com as conseqüências desenvolvimentais dos déficits de habilidades sociais em etapas formativas da vida do indivíduo, reconhecendo que eles podem comprometer fases posteriores de seu ciclo vital. Essa preocupação é reforçada pelas evidências de correlação entre esses déficits e uma variedade de problemas psicológicos como a delinqüência juvenil, o desajustamento escolar, o suicídio e os problemas conjugais, além de síndromes clínicas como a depressão e a esquizofrenia (ver capítulo 9).

A compreensão do processo natural de desenvolvimento das habilidades sociais coloca, entre outras, duas questões que são abordadas neste capítulo: a relação herança-ambiente e o processo de socialização.

## 1. O HERDADO *VERSUS* O ADQUIRIDO

Para McFall (1982) há duas suposições subjacentes aos conceitos de habilidades sociais. A primeira supõe o comportamento socialmente habilidoso como um traço ou uma característica de personalidade e a segunda como característica do desempe-



nho numa situação interpessoal dada. No primeiro caso a habilidade social é entendida como um atributo inato do indivíduo; no segundo como uma relação entre o indivíduo e a situação particular, resultante de sua experiência com as diversas situações sociais. Essa discussão remete, portanto, à análise da questão herança-ambiente, também no caso das habilidades sociais.

Todos os seres humanos nascem com um equipamento biológico, cuja potencialidade para se desenvolver depende de vários fatores, entre os quais os cuidados de higiene, saúde e a estimulação adequada. Não obstante toda a sua potencialidade, o ser humano é um dos mais desamparados indivíduos ao nascer. Durante toda a sua vida ele necessita aprender continuamente novas habilidades porque o seu ambiente está em contínua transformação e grande parte desse ambiente é social.

O desenvolvimento social do indivíduo inicia-se no nascimento e há evidências de que o repertório de habilidades sociais se torna progressivamente mais elaborado ao longo da infância (Hops, 1983). O contato físico nos momentos de higiene, a observação dos pais, o aconchego do colo e o aleitamento são respostas sociais às quais a criança logo começa a reagir diferencialmente. Os pais conversam e cantam com os filhos muito antes destes poderem falar e, a partir da quinta semana, aparecem os primeiros sorrisos sociais que gratificam ambos os pólos da interação. Ao que tudo indica, a infância é um período crítico para a aprendizagem das habilidades sociais. Forness e Kavale (1991) entendem que grande parte dessa aprendizagem se dá de maneira vicária, ou seja, as crianças observam os comportamentos sociais de seus pais e passam a imitá-los. Os pais modelam tais comportamentos ao reagirem diferentemente às manifestações de habilidades dos filhos e ao fornecerem instruções específicas para isso.

Ao lado do crescente reconhecimento dos fatores ambientais envolvidos no desenvolvimento social, os estudos em subáreas específicas de habilidades sociais vêm destacando sua interação com supostas predisposições genéticas ou inatas. Essa tendência pode ser exemplificada com os dados de pesquisas sobre empatia e timidez.



A empatia pode ser definida como a capacidade de reconhecer sentimentos e identificar-se com a perspectiva do outro, manifestando reações que expressem essa compreensão e esse sentimento (Roberts & Strayer, 1996). A empatia é considerada como produto evolutivo do modo de organização familiar dos seres humanos e animais, aparecendo como comportamentos sociais "naturais" desde a mais tenra idade. Estudos sobre interação social em crianças, em nosso meio (Branco & Mettel, 1984; Lordello, 1986; Santana, Otta & Bastos, 1993), têm identificado que episódios empáticos aparecem, inicialmente, como comportamentos-motores de proteção e consolo. Embora a empatia possa ser vista como uma capacidade natural, o seu desenvolvimento depende, em grande parte, da forma como os pais educam e disciplinam essa habilidade nas crianças (Eisenberg, Fabes & Murphy, 1996; Krevans & Gibbs, 1996; Zahn-Waxler & Radke-Yarrow, 1990). A importância das experiências de aprendizagem pode também ser aferida dos estudos que mostram a ausência de empatia em crianças negligenciadas ou maltratadas por colegas e familiares (Emery, 1989; Main & George, 1985).

Em relação aos estudos sobre timidez, Goleman (1995) cita várias pesquisas que apontam a timidez como uma característica comportamental herdada em pelo menos quinze por cento das crianças. Isso não significa (e o autor faz tal consideração) que, inexoravelmente, essas crianças continuarão socialmente inibidas. Kagan, Snidman, Arcus e Reznick (1994) mostram que cerca de um terço das crianças que apresentam timidez nos primeiros anos de vida modificam posteriormente o seu temperamento. Por outro lado, não se pode dizer, também, que o restante das crianças (não inibidas) nunca apresente quaisquer problemas interpessoais. Por exemplo, Hidalgo e Abarca (1992) citam pesquisa longitudinal comparando crianças adotivas e não adotivas, cujos resultados de correlação entre o temperamento dos pais e o dos filhos sugere que a timidez infantil se relaciona positivamente com a timidez dos pais e negativamente com a sociabilidade parental: "nestas famílias, a relação pais-filhos pode estar mediada por fatores genéticos ou ambientais" (p. 19). Pode-se concluir, portanto, que a base genética predispõe a tipos



peculiares de interação com o ambiente, mas as experiências de aprendizagem (condições ambientais) influem decisivamente na caracterização posterior do repertório de comportamentos sociais apresentado pelo indivíduo.

## 2. O PROCESSO DE SOCIALIZAÇÃO

A perspectiva ecológica de desenvolvimento, defendida por Bronfenbrenner (1996), enfatiza a sobreposição entre os diferentes sistemas de interação organismo-ambiente que influem sobre as características do indivíduo ao longo de sua vida. Os microsistemas (como a família, a escola, os amigos próximos) representam os contextos mais básicos e nucleares da interação organismo-ambiente, caracterizados por relações interpessoais face a face estáveis e significativas, afetividade e alteração gradual nas relações de poder.

No caso específico do desenvolvimento de habilidades sociais, além dos intercâmbios de comportamentos e de afetividade, as práticas e valores parentais e o *background* cultural e socioeconômico da família têm sido reconhecidos como importantes fatores da competência social da criança (Saunders & Green, 1993; Swick & Hassel, 1990). Os pais não apenas se tornam modelos para muitos comportamentos sociais, mas também organizam-se como um sistema de regras, punindo ou recompensando, respectivamente, o desvio ou a adequação das crianças aos seus padrões. Os irmãos, por outro lado, são interlocutores que vivenciam diferentes papéis (amigo, opositor, conselheiro, cúmplice e outros), possibilitando à criança experimentar relações e comportamentos diferenciados. No caso de crianças institucionalizadas, os estudos mostram que a qualidade (mais do que a quantidade) das interações com os pais constitui um fator crítico na prevenção de dificuldades sociais (Kontos, Hsu & Dunn, 1994; Volling & Feagans, 1995).

As metas do desenvolvimento social – nem sempre explícitas para os pais – são colocadas pouco a pouco ao longo da transição ecológica que ocorre quando a criança passa a frequentar outros microsistemas além do familiar, ampliando a quantidade



e a diversidade de interlocutores, o que requer o exercício de novos papéis e habilidades (Bronfenbrenner, 1996). A interação com companheiros tem sido reconhecida como um fator significativo no desenvolvimento das habilidades sociais (Rubin, 1990). A vivência de situações extrafamiliares impõe, a todo instante, novos desafios interpessoais. Por exemplo, espera-se que uma criança de três anos expresse, de qualquer modo, à funcionária da creche, sua necessidade de utilizar o banheiro e que a escolar de sete anos peça licença para dirigir-se ao banheiro.

A passagem da criança para outros grupos sociais é também incentivada pelos membros da família, que vêem essas oportunidades como experiências necessárias para o desenvolvimento social da criança. Constantemente a criança é solicitada a descrever e a avaliar suas experiências em outros grupos, através de perguntas diretas ou sutis dos pais e irmãos mais velhos: "Como você foi recebido?", "O que disse sua amiga?", "Com quem você brincou?", "Como você reagiu?" "De quem você gostou mais?" Na passagem para a escola, não obstante a criança já ter vivenciado situações sociais variadas, as exigências são muito mais complexas. Ela precisa adaptar-se a novas demandas sociais, a diferentes contextos, a novas regras, com papéis bem definidos, necessitando, portanto, de um repertório ampliado de comportamentos sociais. Esse é um período crítico para o desenvolvimento das habilidades sociais. Primeiro, porque a criança é testada continuamente nas habilidades sociais aprendidas até aquele momento. Segundo, e como consequência das novas demandas, porque ela se dá conta de que precisa aprender novas habilidades nas interações sociais, tais como fazer perguntas claras, audíveis e no momento oportuno, uma vez que seus interlocutores nem sempre estão disponíveis; obter, rapidamente, informações preciosas sobre horário de atividades, local do banheiro, direção da cantina ou do refeitório e secretaria; evitar confrontos com os colegas mais belicosos, sem parecer medroso; identificar, no pessoal da escola, quem faz o quê e outras demandas semelhantes.

Na adolescência, as demandas são maiores. Tanto os pais como os professores e outros significantes esperam que os com-



portamentos sociais sejam mais elaborados. Nada de cumprimentar a visita e retirar-se: é preciso, agora, parar, ouvir atentamente, dar, uma vez ou outra, alguma opinião, mostrar-se solícito, gentil, trocar palavras usuais para a situação e beijar a face da pessoa que se despede, além de responder às perguntas habituais sobre o quanto cresceu, que profissão vai seguir e se já está dirigindo o carro do pai. Timidez, ansiedade heterossexual, dificuldades na solução de problemas sociais, ausência de assertividade são problemas comuns nessa fase da vida (Christoff et al., 1985), quando os jovens de ambos os sexos se encontram diante de múltiplas tarefas sociais diferentes daquelas que experimentavam até há pouco tempo atrás. Nessas tarefas novas habilidades sociais são requeridas, como as de iniciar, manter e encerrar conversação, recusar pedidos sem prejudicar a relação, coordenar grupos, fazer compras para si mesmo (o que implica nas habilidades de abordagem e negociação) e apresentar comportamentos heterossexuais, tais como olhar e responder a olhares, convidar, contar coisas (mostrar-se interessante), ouvir, elogiar (mostrar-se interessado e compreensivo), falar de si, tecer planos (mostrar-se confiante), tocar (revelar-se carinhoso) e tantas outras do gênero. Dois aspectos são cruciais na adolescência: olhar o futuro e buscar a presença de pessoas do sexo oposto. Esses interesses não são novos, mas nessa fase a diferença de intensidade é significativa. No primeiro caso trata-se da procura (escolha) de uma ocupação e no segundo está envolvido o desenvolvimento heterossexual. A realização desses interesses requer, como já explicitado, um conjunto de habilidades sociais cuja ausência pode dificultar ou comprometer tanto o sucesso profissional do jovem como seu funcionamento psicossocial (Bijstra, Bosma & Jackson, 1994).

Na vida adulta, seja qual for o seu estágio, novas habilidades sociais são requeridas: realização de tarefas em grupo, exercício da liderança em algumas atividades, habilidades sexuais com seu par, demandas sexuais próprias da independência em relação à família ou à constituição de uma nova família e, ainda, aquelas decorrentes do contato com diferentes grupos culturais, tanto no exercício profissional quanto no lazer.



Na chamada terceira idade, cujas características principais, em relação ao comportamento social, são a diminuição das capacidades sensoriais e redução da prontidão para a resposta, outras habilidades podem ser especialmente importantes, como as de estabelecer e manter contato social e as de lidar com os comportamentos sociais decorrentes de preconceitos contra a velhice, geralmente expressos através de evitação de contato, reações agressivas e proteção excessiva.

As demandas próprias de cada ciclo vital e as respostas desenvolvimentais apresentadas pelo indivíduo demonstram claramente que a aquisição de comportamentos sociais envolve um processo de aprendizagem durante toda a vida. O exercício crescente de novos papéis e a assimilação de normas culturais que definem demandas e expectativas para os desempenhos sociais são decorrentes, numa perspectiva ecológica, da transição para sistemas progressivamente mais abrangentes e complexos (mesossistema, exossistema e macrosistema) que caracterizam o desenvolvimento de um modo geral e que influem decisivamente na aquisição e no desempenho das habilidades sociais.



## 2. BASES HISTÓRICAS DA ÁREA DE TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS

O que se denomina, na atualidade, de Treinamento de Habilidades Sociais constitui um campo de investigação e de aplicação do conhecimento psicológico sobre o desempenho social. A expressão Treinamento de Habilidades Sociais, ou mais simplesmente THS, pode sugerir, aos não-familiarizados com a área, uma idéia genérica e ao mesmo tempo restritiva de regras de convivência e de programas voltados à adaptabilidade social. No entanto, trata-se de um campo com questões teóricas e práticas, cujos significados e desdobramentos são bem mais amplos e complexos do que pode sugerir um exame superficial. Deve-se ressaltar, também, que o THS nada tem em comum com os programas populares de auto-ajuda que proliferam nas livrarias, com títulos às vezes bastante sugestivos, prometendo muita coisa com pouco esforço.

Neste capítulo pretende-se apresentar alguns aspectos da história do THS. Trata-se de uma área que vem provocando um interesse crescente por parte dos estudiosos da Psicologia, observando-se um grande número de publicações teóricas, empíricas e de aplicação na clínica, na escola e nas organizações.

Muitos autores colocam o THS como sucedâneo do Treinamento Assertivo, popularizado na década de 70, remetendo à origem deste, a obra *Conditioned Reflex Therapy*, de Salter. No entanto, considerando a diversidade de estudos sobre o desempenho social que ocorreram paralelos ou posteriores aos de Treinamento Assertivo, pode-se identificar também um movimento mais amplo de formação do THS.



## 1. O MOVIMENTO DE TREINAMENTO ASSERTIVO

Nas origens do movimento de Treinamento Assertivo encontra-se o trabalho de Salter (1949), fundamentado nas investigações de Pavlov sobre o reflexo condicionado. Para Salter, a excitação (ou responsividade) é a lei fundamental da vida, coexistindo, na personalidade, três processos: excitação, inibição e desinibição. A neurose seria um estado do organismo resultante da inibição dos impulsos naturais, cabendo ao terapeuta o trabalho de desenvolver o componente excitatório inibido. Essa "desinibição" constitui a base do método terapêutico de Salter no tratamento das neuroses e remete aos processos de condicionamento respondente.

Inspirando-se nos trabalhos de Salter, Wolpe (1958) deu início a um amplo movimento, do qual participou um número expressivo de pesquisadores e clínicos provenientes de diversas formações teóricas. Mais tarde, Wolpe denominou de Treinamento Assertivo (TA) seu método para tratar a ansiedade e facilitar a expressão de sentimentos, definindo a asserção como "a expressão adequada de qualquer emoção que não a ansiedade em relação a outra pessoa" (Wolpe, 1976, p. 98). O modelo de Wolpe tem semelhanças e diferenças em relação ao de Salter. Ambos se assemelham pela forte ênfase no componente emocional (através do condicionamento respondente), mas se diferenciam na medida em que Salter supõe a existência de um processo generalizado de inibição no indivíduo neurótico, enquanto Wolpe, ao contrário, defende o caráter situacional da não-asserção, o que, de fato, veio a ser confirmado através de investigações subseqüentes (ver Rimm & Masters, 1974)./

Muitos autores contribuíram para a aceitação e desenvolvimento do TA. Entre outros, pode-se citar Eisler, Miller e Hersen (1973), Rimm e Masters (1974) e Harold, Dawley e Wenrich (1976). Um nome que não pode ser esquecido é o de Arnold Lazarus, que trabalhou inicialmente com Wolpe (Wolpe & Lazarus, 1966), mas posteriormente divergiu deste em vários pontos. Lazarus (1977) opôs-se ao que considerava uma excessiva ênfase, dada por Wolpe e seguidores, à expressão de sentimentos



negativos, argumentando que estes já recebem ampla aprovação na sociedade, ao contrário dos sentimentos positivos como a bondade, a compaixão e o amor. Lazarus propôs, então, o uso da denominação "expressividade emocional" em substituição à assertividade. A crítica de Lazarus era procedente, podendo ser constatada pela tendência dos programas de treinamento em valorizar a asserção negativa mais do que a positiva. Gambrill (1995) chama a atenção para essa tendência, defendendo que em muitas situações seria preferível, por exemplo, recusar um pedido irrazoável sem usar o "não", pelo menos no início da frase, e procurando-se amenizá-la com expressões do tipo "compreendo suas necessidades (...) mas acontece que não disponho..."

Apesar destas e de outras objeções, as bases principais de sua abordagem concordam com as de Wolpe, embora dando inicialmente mais ênfase ao modelo operante (de aprendizagem através de conseqüências) do que ao respondente (de aprendizagem através de associação entre estímulos) e adotando, também, uma posição própria mais cognitivista.

O primeiro livro dedicado exclusivamente à assertividade foi escrito por Alberti e Emmons. Publicado originalmente em 1970, recebeu a sugestiva denominação *Your perfect right*. Após a sua publicação, outros se sucederam e entre os que ganharam maior aceitação estão *Personal effectiveness* (Lieberman, King, DeRisi & McCann, 1975), *Assertive training for women* (Osborn & Harris, 1975), *Responsible Assertive Behavior* (Lange & Jakubowski, 1976), *Asserting yourself: A practical guide for positive change* (Bower & Bower, 1977). Em toda a década de 70 e princípio dos anos 80, a literatura de Psicologia, principalmente nos Estados Unidos, apresentou um número realmente notável de publicações sobre TA. Embora tenha ocorrido, nos anos seguintes, um decréscimo de publicações sob essa rubrica, a quantidade atual ainda é bastante expressiva. Com o avanço das abordagens terapêuticas cognitivistas, a questão da assertividade vem ganhando uma nova dimensão, incorporando os processos cognitivos como fatores presentes na avaliação e nos programas de treinamento. Lega, Caballo e Ellis (1997) fazem



referência específica a um tipo de assertividade racional-emotiva-comportamental, que contempla esses processos.

Além das contribuições metodológicas, em termos de técnicas e procedimentos de intervenção, os teóricos do movimento do TA estabeleceram a diferença entre comportamento assertivo, passivo e agressivo (ver capítulo 4), o que é importante, também, para a caracterização do desempenho socialmente competente.

## **2. O MOVIMENTO DE TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS**

Uma análise retrospectiva mostra que as várias tentativas de adoção de novas denominações, para o método terapêutico iniciado com Salter, foram motivadas pela suposição de que as terminologias empregadas não abrangiam todas as características existentes, principalmente devido à utilização de conceitos e técnicas de matrizes teóricas diferenciadas. Por exemplo, após Lazarus valer-se da expressão “liberdade emocional”, Fensterheim (conforme Hidalgo & Abarca, 1992) propôs o termo “auto-afirmação”, e Liberman et al. (1975) sugeriram “efetividade interpessoal”. Já McFall (1976) adotou a denominação “treinamento comportamental”, como “uma orientação geral de tratamento” (p. 227). Pode-se mencionar também que ainda na década de 70 Goldstein (1973) cunhou a expressão “terapia da aprendizagem estruturada”, dando origem a uma vertente de pesquisa e aplicação que perdura até hoje, embora restrita a uma pequena equipe de pesquisadores. Uma análise das abordagens próprias dessas designações evidencia sobreposições de conceitos básicos e de algumas técnicas, mostrando que nenhuma dessas denominações refletiu adequadamente a abrangência da área e que, possivelmente devido a isso, restringiram-se quase exclusivamente a pequenos grupos de pesquisadores.

Quase concomitantemente ao nascimento do TA nos Estados Unidos, um novo movimento se iniciava na Inglaterra, mais precisamente na Universidade de Oxford, com Argyle e outros pesquisadores a ele associados (Argyle, 1967/1994, 1975; Argyle, Trower & Bryant, 1974; Trower, Bryant & Argyle, 1978) dis-



seminando o uso do termo "habilidades sociais". O interesse de Argyle pelas interações sociais, especialmente na Psicologia Social do Trabalho, remonta à década de 60, quando o autor aplicou o conceito de habilidades às interações homem-máquina, fazendo analogia com esses sistemas a partir de suas características de processamento de informação, tais como a percepção, a decodificação e a resolução de problemas.

Conforme Hargie, Saunders e Dickson (1994), o termo habilidades sociais e o treinamento nessa área apareceram e foram adotados antes mesmo que o conceito de assertividade tivesse sido definido com precisão. Assim historicamente, enquanto crescia a quantidade de publicações sobre TA, ocorreu o contrário com a abordagem do THS, observando-se, a partir dos anos 80, um aumento constante de trabalhos publicados sob esta denominação. Todavia, os vários movimentos voltados para a investigação e intervenção sobre o desempenho interpessoal que, associados a uma terminologia bastante diversificada, caracterizou o interesse emergente por essa temática dentro da Psicologia, deram também origem a um equívoco, de certa forma recorrente na área de THS, que é o de considerar as denominações "Treinamento de Habilidades Sociais" e "Treinamento Assertivo" por um lado, e "Habilidades Sociais" e "Assertividade", por outro, como equivalentes.

Embora THS e TA sejam abordagens voltadas para o comportamento social, o primeiro possui um campo teórico mais complexo, incorporando novos conceitos, atingindo um escopo mais amplo. Enquanto o THS, como um conjunto de técnicas, aplica-se a todo e qualquer déficit de natureza interpessoal independentemente de correlato de ansiedade, o TA tem se restringido, na maioria dos estudos, à questão da afirmação de direitos e à expressão de sentimentos negativos (Hargie, Saunders & Dickson, 1994).

Muitos autores, embora preferindo adotar a terminologia THS, defendem sua equivalência em relação ao TA (Caballo, 1993; 1996), enquanto outros acham que não há mais razão para se utilizar o conceito de asserção (Galassi, Galassi & Vedder, apud Caballo, 1993) e outros ainda classificam o comportamen-



to assertivo como uma subárea das habilidades sociais (Arón e Milicic, 1994; Hidalgo & Abarca, 1992). O THS e TA são coincidentes em muitos pontos, porém eles se distinguem tanto em relação a conceitos-chave quanto na extensão de seu campo de aplicação. Pode-se afirmar (Z. Del Prette & A. Del Prette, 1996, p. 6) que “as habilidades sociais correspondem a um universo mais abrangente das relações interpessoais e se estendem para além da assertividade, incluindo as habilidades de comunicação, de resolução de problemas, de cooperação” e aquelas próprias dos rituais sociais estabelecidos pela subcultura grupal.

Além dos conceitos de habilidades sociais e de assertividade, um outro bastante recorrente na área é o de competência social. O termo pode ser associado a uma outra fonte de influência na formação da área de THS, constituída pelos trabalhos de Zigler e Phillips (1960; 1961). Esses autores, investigando as habilidades sociais de psicóticos hospitalizados, demonstraram que pacientes com maior competência social prévia à internação permaneciam menos tempo hospitalizados e apresentavam um menor índice de reinternações. Essas pesquisas vitalizaram a investigação da competência social como um dos correlatos de problemas clínicos.

As expressões habilidades sociais e competência social são utilizadas como conceitos e como designação da área. Enquanto constructos, esses termos têm sido empregados freqüentemente de forma indistinta, ora enfatizando-se a funcionalidade do comportamento, em termos de adequação ao contexto ou de conseqüências obtidas, ora o seu conteúdo, em termos de classes de comportamentos definidos pela sua topografia. Por outro lado, o conceito de competência social tem diversas origens e definições na literatura psicológica. Por exemplo, para Forster e Ritchley (1979) e para Gresham (1981), competência social tem um significado mais abrangente que inclui o de habilidades sociais e o de comportamento adaptativo. Essa já não é a posição de outros autores, como McFall (1982), que propõem um modelo amplo, distinguindo habilidades sociais de competência social. Uma análise mais detalhada da definição desses termos será efetuada no próximo capítulo.



### 3. MODELOS EXPLICATIVOS DA ÁREA DE TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS

A formação da área de Treinamento de Habilidades Sociais (THS) ocorreu com base em diferentes modelos teóricos e em processos terapêuticos derivados de matrizes teóricas diferenciadas. Uma análise de seu atual estágio de desenvolvimento permite identificar a carência de uma teoria geral que integre seus diferentes conceitos num sistema único e internamente coerente. No entanto, pode-se considerar que os princípios, os objetivos e os conceitos associados às técnicas de intervenção e de avaliação configuram-no como um campo teórico-aplicado, com uma epistemologia própria.

Na atualidade, o THS se apresenta como um método de tratamento, cujo refinamento conceitual depende, em grande parte, dos resultados práticos e teóricos de sua aplicação na superação de déficits e dificuldades interpessoais e na maximização de repertórios de comportamentos sociais.

#### 1. MODELOS CONCEITUAIS

Segundo Hidalgo e Abarca (1992), pode-se identificar cinco modelos teóricos na formação da área de THS: assertividade, percepção social, aprendizagem social, cognição e teoria dos papéis. Esses modelos buscam explicar a estrutura e o funcionamento das habilidades sociais, derivando hipóteses explicativas sobre os problemas e estratégias de intervenção nessas áreas. Na exposição sintética que se segue, o leitor encontrará referências a objetivos, procedimentos e técnicas das intervenções em



THS que serão mais detalhadas nos próximos capítulos, mas que são importantes, neste momento, para estabelecer as semelhanças e diferenças entre essas abordagens.

### **1.1. Modelo da assertividade**

O modelo da assertividade, derivado de estudos experimentais de laboratório, apóia-se em duas vertentes explicativas para os déficits ou dificuldades de desempenho social. A primeira situa-se no paradigma do condicionamento respondente, tendo por base as pesquisas de Wolpe sobre neurose experimental com gatos. Essa vertente focaliza a aprendizagem da ansiedade através da associação do desempenho social a estímulos aversivos e seu papel inibidor na emissão das respostas assertivas, apontando para a importância da intervenção terapêutica sobre componentes emocionais. A outra vertente, apoiada nos experimentos sobre condicionamento operante, considera as dificuldades de desempenho social como consequência do controle inadequado de estímulos no encadeamento de respostas sociais (Eisler, Miller & Hersen, 1973), entendendo que as pessoas se comportam de forma não assertiva por não estarem sendo adequadamente reforçadas, ou por estarem sendo punidas em seus desempenhos assertivos ou ainda por estarem sendo recompensadas ao emitirem comportamentos não assertivos (Harold et al., 1976). Em decorrência dessa compreensão, a vertente operante aponta para a necessidade de se estruturar as intervenções em THS como um arranjo de contingências ambientais necessárias para a aquisição, fortalecimento e manutenção de comportamentos interpessoais.

### **1.2. Modelo da percepção social**

O modelo da percepção social, desenvolvido por Argyle (1967/1994), privilegia a análise do processamento cognitivo inicial envolvido na habilidade de perceber e decodificar o ambiente social. Dito de outra maneira, refere-se à capacidade do indivíduo para “ler” o contexto social em que se encontra, discriminando qual e como deve ser o próprio comportamento (verbal ou não verbal) e se este deve ocorrer ou não. A falha na leitura e na decodificação das mensagens verbais e não verbais



do interlocutor e das normas e valores presentes no contexto social, que aceitam certos comportamentos e rejeitam outros, pode trazer dificuldades interpessoais e mesmo impedir o desdobramento de seqüências interativas que facilitariam uma melhor compreensão das demandas sociais.

Morrison e Bellack (1981) fazem uma revisão da literatura sobre o papel da percepção social na competência social de crianças e adultos, destacando a importância de se considerar o desenvolvimento das habilidades relativas à percepção social como parte dos objetivos das intervenções em THS.

### **1.3. Modelo da aprendizagem social**

➤ O modelo da aprendizagem social diferencia aprendizagem e desempenho, entendendo que os fatores que controlam cada um desses processos são diferentes. Assim, por exemplo, as conseqüências reforçadoras são entendidas como fator motivacional do desempenho de comportamentos já aprendidos mais do que como fator de aprendizagem, enquanto as conseqüências positivas obtidas pelo modelo teriam principalmente um papel informativo, de sinalizar padrões de comportamentos aceitos no contexto social.

Segundo este modelo, grande parte das habilidades sociais é aprendida através de experiências interpessoais vicariantes, ou seja, através da observação do desempenho de outros, num processo de assimilação mental dos modelos bem-sucedidos (Bandura, 1977). Já o desempenho dos padrões de topografia e de funcionalidade, aprendidos por observação, seria mediado por expectativas sobre os tipos de conseqüências prováveis para os diferentes comportamentos em contextos interpessoais futuros e por outros processos cognitivos, tais como crenças, percepções e pensamentos, vistos como mediadores tanto da aquisição como do desempenho social.

As noções básicas sobre aprendizagem através da observação de modelos foram amplamente incorporadas aos objetivos das intervenções em THS (aquisição de habilidades de observação do comportamento do outro e de si próprio, imitação e de-



envolvimento de processos cognitivos facilitadores) e aos procedimentos utilizados nesses programas (reprodução de modelos, análise e auto-avaliação do próprio desempenho e previsão de consequências prováveis para diferentes comportamentos).

#### **1.4. Modelo cognitivo**

De acordo com o modelo cognitivo, o desempenho social é mediado por habilidades sociocognitivas aprendidas na interação da criança com o seu ambiente social (Ladd & Mize, 1983; Mischel, 1973; Spivack & Shure, 1982). A competência sociocognitiva, nesse caso, refere-se à capacidade de “organizar cognições e comportamentos num curso integrado de ação dirigido a objetivos sociais ou interpessoais culturalmente aceitos, (...) avaliando e modificando continuamente o comportamento dirigido-ao-objetivo, de modo a maximizar a probabilidade de alcançá-lo” (Ladd & Mize, 1983, p. 127).

Além da disponibilidade, no repertório comportamental, de estratégias de ações adequadas a diferentes demandas interpessoais, o indivíduo deve ser capaz de selecioná-las e avaliá-las com base nos valores culturais associados a essas demandas. As falhas ou déficits nessas habilidades podem resultar em desempenho social equivocado, com possível consequência negativa. As habilidades sociocognitivas mais freqüentemente estudadas na literatura, conforme revisão de Hidalgo e Abarca (1992), têm sido as de resolução de problemas interpessoais, de atribuição de causalidade aos fatos ou de intencionalidade às pessoas e de colocar-se no lugar do outro (empatia).

Estes e outros processos cognitivos constituem importantes componentes da dimensão pessoal e cognitivo-afetiva das habilidades sociais (examinados mais detalhadamente nos capítulos 4 e 5). A avaliação e a intervenção sobre esses processos é amplamente enfatizada no THS.

#### **1.5. Modelo da teoria de papéis**

O modelo da teoria de papéis tem seus antecedentes nos estudos de Psicologia Social desenvolvidos por Thibaut e Kelley



(1959) e da terapia do papel fixo de Kelly (1955). Supõe-se, nesse modelo, que o comportamento social depende, em grande parte, da compreensão do próprio papel e do papel do outro na relação social. O papel é “desenvolvido” pelo grupo social através da subcultura, que fornece os elementos simbólicos, verbais ou não, e os significados de valor presentes na relação.

Esse modelo contribuiu para: a) configurar o caráter situacional-cultural das habilidades sociais (Argyle, 1994), b) identificar problemas relacionados à fixação em determinados papéis em detrimento da flexibilidade diante dos variados papéis que um indivíduo pode assumir nas relações sociais e c) examinar fatores associados aos fenômenos de liderança e autoridade. Além disso, a teoria dos papéis também pode ser relacionada à incorporação de algumas técnicas psicodramáticas ao THS.

## **2. EXPLICAÇÕES PARA AS DIFICULDADES INTERPESSOAIS**

Uma característica comum aos diferentes programas de THS é que constituem um “pacote” de técnicas decorrentes das hipóteses explicativas para as dificuldades interpessoais. Essas hipóteses remetem aos diferentes modelos constituidores desse campo teórico-aplicado, deles derivando as suas principais técnicas.

Podem-se identificar quatro conjuntos de explicações para os déficits e dificuldades interpessoais: a) o modelo da aprendizagem social e a vertente operante do modelo de assertividade explicam as dificuldades interpessoais em termos dos déficits de habilidades no repertório do indivíduo; b) a vertente do condicionamento respondente propõe a hipótese da inibição pela ansiedade; c) o modelo cognitivo supõe mecanismos de inibição cognitivamente mediada; d) o modelo da percepção social e da teoria de papéis associa as dificuldades interpessoais a falhas no processamento cognitivo de estímulos sociais do ambiente.

Cada uma dessas hipóteses explicativas é apresentada a seguir. A combinação dessas hipóteses permite uma exploração



mais abrangente dos possíveis fatores e das alternativas de intervenção sobre tais problemas.

## 2.1. Déficits no repertório

Esta abordagem supõe que o desempenho socialmente incompetente ocorre devido à ausência ou a déficits nos componentes verbais e não verbais nele requeridos. Muitas pessoas apresentam déficits de comportamento social competente porque simplesmente não aprenderam os comportamentos sociais adequados (Eisler, Miller & Hersen, 1973). Nessa perspectiva, considerando-se que as habilidades sociais são aprendidas e podem ser objeto de intervenções terapêuticas ou educativas, os programas de habilidades sociais privilegiam a identificação das classes comportamentais consideradas relevantes para o desempenho social e a promoção e aperfeiçoamento dessas classes, tanto em relação à sua topografia como à sua funcionalidade.

As falhas na aprendizagem do comportamento social podem ocorrer devido a vários fatores, entre os quais podem ser destacados:

a) restrições de oportunidades de experiências em diferentes grupos culturais devido à pobreza (Luthar & Zigler, 1991) ou a normas e valores da subcultura grupal (grupos fechados) que dificultam os contatos sociais;

b) relações familiares empobrecidas, com pais agressivos ou pouco empáticos que fornecem modelos inapropriados de interações (Eisenberg et al., 1991);

c) inteligência rebaixada e dificuldades para resolver problemas (Arón & Milicic, 1994);

d) práticas parentais que premiam dependência e obediência e que punem ou restringem iniciativas de contato social pela criança.

Como as habilidades sociais são progressivamente mais elaboradas com a idade (ver próximo capítulo), é importante salientar que aquilo que se apresenta como esperado numa determinada etapa pode ser considerado deficitário em etapas posteriores do desenvolvimento (Hops, 1983), ou seja, a noção de



déficit precisa ser sempre considerada em relação a padrões culturais e ontogenéticos normativos.

Além disso, uma consideração adicional deve ser feita. Alguns problemas interpessoais, reveladores de excesso de uma classe particular de comportamento, podem ser analisados, buscando-se a sua contraparte em termos de déficits (Del Prette, 1982). Nesse caso, uma intervenção voltada exclusivamente para a redução dos excessos pode ser bastante equivocada. Suponha-se, por exemplo, que uma criança, ao brincar com seus amiguinhos, freqüentemente comece a chorar. A probabilidade de a criança apresentar comportamentos alternativos adequados é muito pequena, e, se a professora ou os colegas forem treinados para não dar atenção a esse comportamento naquelas situações, a extinção, aqui, seguramente aumentaria o controle dos demais sobre ela e, portanto, a sua dependência.

## **2.2. Inibição mediada pela ansiedade**

A hipótese da inibição pela ansiedade tem forte ênfase no condicionamento clássico, ou vertente respondente do modelo da assertividade, e teve suas origens nos trabalhos de Wolpe (1976) e Lazarus (1977). Considera-se que a ansiedade e as respostas assertivas são processos que atuam em sentidos opostos: de um lado a ansiedade inibe as iniciativas de interação, levando à esquiva ou à fuga dos contatos sociais; de outro, a aquisição de respostas assertivas pode reduzir a ansiedade. Além disso, a ansiedade pode ocasionar comportamentos sociais excedentes (por exemplo, monopolizar a fala) ou, ao contrário, déficits de conversação (resposta lacônica). O desconforto produzido pelas situações ansiógenas varia de indivíduo para indivíduo, mas, em geral, as situações que provocam mais desconforto, conforme Argyle (1967/1994), são aquelas que envolvem confronto de opiniões, diálogo com autoridade, situações de grupo em geral, tarefas de falar em público, situações de expressar sentimentos, de reclamar direitos e de estabelecer contatos heterossexuais.

As implicações práticas desta hipótese explicativa orientam as intervenções em THS para dois conjuntos de objetivos: a re-



dução da ansiedade, através de procedimentos de relaxamento e/ou de dessensibilização sistemática (ao vivo ou imaginária), e o fortalecimento de respostas socialmente competentes, através de técnicas como o ensaio comportamental (essas técnicas serão abordadas no capítulo 7).

### **2.3. Inibição cognitivamente mediada**

Supõe-se, nesta categoria, que a aprendizagem dos comportamentos sociais seja mediada por processos cognitivos e que, portanto, problemas nesses processos irão se refletir no desempenho interpessoal. Caballo e Buela (1989), por exemplo, encontraram diferenças cognitivas entre indivíduos que receberam alta, média e baixa avaliação de competência social, dando suporte à hipótese cognitiva.

Esses processos cognitivos (como as auto-avaliações distorcidas, as expectativas e crenças irracionais, as autoverbalizações negativas e os padrões perfeccionistas, abordados no capítulo 4) poderiam, cada um ou um conjunto deles, mediar comportamentos sociais inapropriados, tais como: a fala inexpressiva, a conversação negativista, as hesitações no falar e o medo ou ansiedade social.

Com base nesta hipótese explicativa, os programas de THS recorrem a procedimentos de reestruturação cognitiva e outras técnicas “cognitivo-comportamentais” para a alteração desses processos.

### **2.4. Problemas de percepção social**

As explicações para as dificuldades interpessoais, aqui, remetem à capacidade de “leitura” da situação social pelo indivíduo (Argyle, 1967/1994). Essa leitura, chamada percepção social, representa a identificação do papel do interlocutor, das normas culturais prevalecentes, dos sinais verbais e não verbais presentes na comunicação, permitindo uma seleção de comportamentos apropriados ao contexto e a tomada de decisão de emití-los ou não. Aqueles que apresentam falhas nessa leitura, realizando-a de forma equivocada, podem ter dificuldades inter-



peçoais. Morrison e Bellack (1981) atribuem as dificuldades no desempenho social às falhas de identificação dos estímulos interpessoais não verbais presentes nas interações.

A hipótese de problemas de percepção social direciona os objetivos de intervenção em THS para a promoção de maior acuracidade na decodificação dos estímulos do ambiente físico e da situação social e na identificação de papéis e regras sociais culturalmente determinados. Esses objetivos podem ser implementados através de diversas técnicas como a modelagem, o *feedback*, as instruções e o automonitoramento.

## **2.5. Problemas de processamento de estímulos sociais do ambiente**

Tanto na percepção social como nas outras etapas do processamento de estímulos sociais do ambiente, podem ocorrer problemas geradores de dificuldades interpessoais. Tais problemas incluem, entre outros:

1) demora no processamento e na discriminação dos estímulos sociais presentes na interação, ou seja, uma latência excessiva que pode levar à emissão de comportamentos não mais pertinentes para o momento, quando novos sinais presentes já exigem outras respostas;

2) inabilidade de decodificar os sinais verbais ou não verbais emitidos pelo interlocutor, por déficits de atenção, levando a comportamentos diferentes dos requeridos para a situação;

3) decodificação mediada por estereótipos, ocasionando comportamentos sociais inadequados;

4) falha na avaliação das alternativas disponíveis para responder conforme as demandas da situação, o que pode levar a comportamentos excessivos, como, por exemplo, o indivíduo apresentar explicações muito acima da capacidade de compreensão do interlocutor;

5) erros de percepção, gerando interpretações equivocadas dos sinais verbais e não verbais emitidos pelo outro e respostas baseadas nessas interpretações; tais erros, além de confundirem o interlocutor, quando freqüentes, podem gerar esquivas sociais.



A identificação do tipo de problema envolvido no processamento de estímulos sociais pelo indivíduo constitui uma importante etapa na avaliação prévia e ao longo de toda a intervenção em THS. Com base nessa avaliação, são selecionados os objetivos e procedimentos que atendem, de forma mais específica e individualizada, às necessidades dos participantes de programas de THS. Nesse caso particular geralmente conduzem para a seleção de técnicas de reestruturação cognitiva, associadas a outras técnicas e procedimentos do THS, apresentados no capítulo 7.

## **2.6. Diferentes modelos e explicações: ecletismo ou complementaridade?**

Os diferentes modelos conceituais e hipóteses explicativas incorporados ao THS de um lado expressam a diversidade de fatores a serem considerados na análise do desempenho social e, de outro, explicam até certo ponto a variedade de programas nessa área, entendidos como intervenções estruturadas a partir de objetivos previamente definidos e controladas por avaliações sistemáticas ao longo de seu processo. Embora os programas de THS sejam razoavelmente consistentes em termos de filosofia e objetivos, a ênfase do profissional ou pesquisador num ou outro conjunto de fatores geralmente se traduz na adoção de procedimentos e técnicas de intervenção diferenciados.

Por outro lado, a combinação desses modelos levanta a questão do ecletismo na Psicologia. Sem nos delongarmos aqui na análise dessa questão (o leitor poderá encontrar subsídios para este tema em ampla literatura referida em Z. Del Prette & A. Del Prette, 1995), embora a articulação dos modelos conceituais da área de THS não se constitua, propriamente, em heresia epistemológica (Z. Del Prette & A. Del Prette, 1996), pode-se verificar que a preocupação de muitos terapeutas e profissionais com a efetividade das técnicas e procedimentos muitas vezes ocorre em detrimento da análise de suas matrizes conceituais.

Sob essa perspectiva, as premissas a respeito da natureza dos problemas interpessoais e as alternativas de resolvê-los, que estão na base do THS, diferenciam-se claramente de outras abordagens terapêuticas também voltadas para o desenvolvimento



interpessoal, como é o caso do psicodrama, da dinâmica de grupo e da neurolingüística. Pode-se dizer que o THS identifica-se com a tendência geral da Terapia Comportamental de incorporar procedimentos efetivos provenientes de outras abordagens teóricas, desde que mantenham alguma compatibilidade com suas bases conceituais.

De todo modo, embora a importância relativa dos diferentes fatores e técnicas de THS continuem sendo foco de pesquisas controladas na área, o reconhecimento da complementaridade entre as explicações e técnicas tem garantido a legitimidade de um enfoque mais abrangente, tanto na avaliação como na promoção das habilidades sociais. Atualmente existem algumas propostas de unificação da área de THS em torno de um modelo conceitual mais abrangente. Um exemplo bastante promissor é a proposta de um paradigma interpessoal (Trower, 1995) que vincula os diferentes modelos conceituais a uma perspectiva antropológica de análise evolutiva das formas de relacionamento da espécie humana. Essa proposta é centrada nos conceitos de auto-apresentação e de estilo interpessoal que, aplicados ao exame dos quadros de timidez-isolamento, esquizofrenia e depressão, produzem novas e instigantes questões para a pesquisa e na prática clínica.



## 4. DEFINIÇÕES E CONCEITOS DA ÁREA DE TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS

A amplitude de problemas abordados sob a perspectiva do Treinamento de Habilidades Sociais (THS) é vista por McFall (1982) como uma fonte de dificuldades para a área. Embora essa amplitude reflita a potencialidade de suas aplicações a questões socialmente relevantes, aponta para a indefinição dos contornos da própria área, ainda carente de teoria geral integradora que permita organizar os conceitos e modelos num sistema internamente mais coerente.

Apesar dessa dificuldade mais geral, a compreensão de alguns conceitos-chave como assertividade, habilidades sociais e competência social, permite estabelecer alguns pontos de referência para a delimitação da área e identificar suas principais controvérsias.

### 1. COMPORTAMENTO ASSERTIVO, NÃO ASSERTIVO E AGRESSIVO

O termo assertividade, já referido nos capítulos precedentes, foi cunhado e definido inicialmente por Wolpe e Lazarus (1966) e Wolpe (1976) e “envolve a afirmação dos próprios direitos e expressão de pensamentos, sentimentos e crenças de maneira direta, honesta e apropriada que não viole o direito das outras pessoas” (Lange & Jakubowski, 1976, p. 7). O termo se opõe à não-assertividade e à agressividade, definindo-se, portan-



to, também pela dicotomia entre asserção e não asserção ou passividade, por um lado, e entre asserção e agressividade, por outro (Alberti & Emmons, 1978; Bower e Bower, 1977; Caballo, 1993). Essa preocupação reflete, em parte, a dificuldade de diferenciar o comportamento assertivo do agressivo, principalmente considerando seus efeitos imediatos.

A partir da década de 70, observou-se uma extraordinária difusão do Treinamento Assertivo, cultivando-se, em muitos estudos, a idéia de expressão do próprio sentimento como uma necessidade independente dos sentimentos alheios. No entanto, conforme a própria definição de Lange e Jakubowski (1976), a qualificação do comportamento como assertivo supõe que ele não viole os direitos do outro. Esses autores identificam cinco tipos de assertividade: a) asserção básica (afirmar direitos pessoais, crenças, sentimento e opiniões); b) asserção empática (antes da afirmação assertiva, coloca-se o reconhecimento da situação ou sentimento do outro); c) asserção crescente (busca-se inicialmente a resposta assertiva mínima e se aumenta o grau de assertividade apenas se as anteriores não funcionam); d) asserção de confronto (explicitar que o outro está se comportando em contradição com o que prometeu); e) asserção no uso do EU ou do NÓS (a pessoa descreve o próprio comportamento e sentimentos em relação a comportamento de seu interlocutor ou usa o NÓS para sinalizar a necessidade de alterar conjuntamente uma situação que afeta a ambos).

Uma síntese das principais características apontadas por diferentes autores, diferenciando comportamento assertivo, não assertivo e agressivo, é apresentada no quadro abaixo.



Quadro 4.1. Diferenças entre o comportamento assertivo, não assertivo e agressivo

ASSERTIVO	NÃO ASSERTIVO	AGRESSIVO
Emocionalmente honesto na expressão de sentimentos negativos.	Emocionalmente inibido na expressão de sentimentos negativos.	Emocionalmente honesto na expressão de sentimentos negativos.
Expressa sentimentos negativos, controlando a forma de expressão.	Quando expressa sentimentos negativos, a forma é inapropriada.	Expressa sentimentos negativos de forma inapropriada.
Procura atingir os objetivos, preservando, tanto quanto possível, a relação.	Muito raramente atinge os objetivos e usualmente os sacrifica para manter a relação.	Atinge os objetivos, na maioria das vezes prejudicando a relação.
Persevera nos objetivos e avalia o próprio comportamento.	Não persevera, recriminando-se a si e aos outros.	Persevera sem avaliar as conseqüências.
Consegue discordar do grupo.	Quase sempre concorda com o grupo.	Consegue discordar do grupo.
Defende os próprios direitos, respeitando os direitos alheios.	Não defende os próprios direitos, mas respeita os direitos alheios.	Defende os próprios direitos, geralmente desrespeitando os direitos alheios.
Valoriza-se sem ferir o outro.	Desvaloriza-se.	Valoriza-se, ferindo o outro.
Faz as próprias escolhas, considerando opiniões alheias quando necessário.	Indeciso nas escolhas, submetendo-se a opiniões alheias.	Faz escolhas para si e para os outros.
Gera, em relação a si, sentimentos de respeito.	Gera, em relação a si, sentimentos de pena, irritação ou desprezo.	Gera, em relação a si, sentimentos de raiva e vingança.
Sente-se satisfeito consigo mesmo.	Sente-se mal consigo mesmo.	Pode sentir-se bem ou mal consigo mesmo.
Produz uma imagem positiva de si mesmo.	Produz uma imagem negativa de si mesmo.	Produz uma imagem negativa de si mesmo.



Usa geralmente expressões afirmativas (sim, não, quero, vamos resolver), incluindo o pronome EU ou NÓS.	Usa expressões dúbias (talvez, acho que, quem sabe), raramente incluindo o pronome EU.	Usa expressões imperativas (faça assim, você não deve, eu quero assim), incluindo o pronome EU.
Mantém contato visual com o interlocutor, fala fluentemente, em tom audível, com gestos firmes e postura apropriada.	Evita contato visual, com perturbações na fala e tom "de queixa", gestos vacilantes ou "nervosos" e postura submissa.	Mantém contato visual intimidador com fala fluente, em tom acima do necessário, gestos ameaçadores e postura autoritária

Hargie, Saunders e Dicksons (1981/1994) enfatizam a existência de contextos onde o comportar-se não-assertivamente pode ser apropriado. De fato, podemos afirmar que existem situações onde a assertividade não deveria ser exercitada. Em nossa experiência, identificamos pelo menos três classes de situações em que a assertividade pode ter conseqüências desfavoráveis ao emissor, ao receptor ou a ambos os pólos da interação: a) no caso de dificuldade do interlocutor em desempenho de tarefas profissionais (por exemplo, queixar-se de alguém que está se iniciando num emprego); b) na relação com pessoas extremamente suscetíveis ou portadoras de transtornos psicológicos, que podem se "descompensar" mais ainda; c) situações em que a assertividade contrasta notavelmente com os valores subjacentes à prática social (por exemplo, reagir a um chefe destemperado ou a uma autoridade militar que podem entender a assertividade como desacato ou quebra de disciplina).

## 2. HABILIDADES SOCIAIS E COMPETÊNCIA SOCIAL

Os conceitos "habilidades sociais" e "competência social" são freqüentemente empregados como sinônimos, mas possuem muitas definições na literatura, algumas enfatizando a funcionalidade do comportamento, ou seja, sua adequação ao contexto e as conseqüências obtidas, e outras enfatizando o seu conteúdo verbal e não verbal. Para alguns autores (Caballo, 1993; Forster & Ritchley, 1979; Gresham, 1981) competência social é um conceito amplo que inclui o de habilidades sociais e



o de comportamento adaptativo. Para outros, como McFall (1982), os dois conceitos se articulam num modelo amplo, que distingue habilidades sociais de competência social.

O conceito de competência social relaciona-se com o de déficit de comportamento. Para McFall (1976), supõe-se um déficit não apenas pela ausência de um comportamento específico, mas também quando um comportamento emitido em direção a um determinado objetivo não atinge certos índices de competência. McFall supõe essa competência como “a capacidade aprendida, adquirida através de treinamento ou experiência, que produz um efeito que preenche as necessidades de uma situação de vida” (p. 234). Retornando a essa questão, posteriormente, McFall (1982) avança em sua posição, afirmando que “competência social é um termo avaliativo, refletindo o julgamento de alguém, com base em algum critério, de que o desempenho de uma pessoa em uma tarefa é adequado” (p. 13). Essa última posição parece diferenciar mais claramente o conceito de competência social (sentido avaliativo) do de habilidades sociais (sentido descritivo), conforme será detalhado adiante.

Como complemento a essa definição, McFall defende a existência de alguns componentes subjacentes, tais como: a) que a competência não faz parte da pessoa (como um traço), mas representa uma avaliação de desempenho; b) que o fato de alguém fazer uma avaliação significa possibilidade de erro, viés e influência da pessoa avaliadora; c) que toda avaliação implica no uso de um ou mais critérios, e que esta só pode ser compreendida e validada com a explicitação dos mesmos; d) que as avaliações de competência são sempre realizadas em tarefa e contextos específicos, cuja variação afeta o desempenho da pessoa avaliada; e) que características da pessoa que está sendo avaliada, tais como idade, sexo e experiência, podem afetar o julgamento externo. Portanto, para McFall (1982), e também para outros autores (Argyle, 1967/1994; Hops, 1983), habilidades sociais e competência social são conceitos diferenciados.

Em geral, as definições de competência social negligenciam a posição do outro (interlocutor) na relação social (Del Prette,



1982). Como a relação social se dá entre dois pólos em comunicação, a definição deveria levar em conta as conseqüências para ambos. Assim considerando, propôs-se uma definição de competência social como o “comportamento que produz o melhor efeito no sentido de equilibrar reforçadores e assegurar direitos humanos básicos” (Del Prette, 1982, p. 9), enfatizando-se a importância de maximizar as trocas positivas entre os interlocutores.

### 3. O CONCEITO DE HABILIDADES SOCIAIS

Nos capítulos anteriores já foram esboçadas algumas noções que facilitam a compreensão do conceito de habilidades sociais. Entre essas noções pode-se destacar: a) habilidades sociais e THS são conceitos mais amplos, enquanto teoria e campo de aplicação, do que, respectivamente, assertividade e treinamento assertivo; b) os termos habilidades sociais e competência social não podem ser empregados com o mesmo significado; c) as habilidades sociais são aprendidas e as demandas para o seu desempenho variam em função do estágio de desenvolvimento do indivíduo.

Há um número bastante extenso de conceitos sobre habilidades sociais, discordantes ou complementares entre si. Por exemplo, Ladd e Mize (1983) as conceituam como a “habilidade para organizar cognições e comportamentos em um curso de ação integrada, dirigida para objetivos sociais ou interpessoais *culturalmente aceitáveis*” (p. 127, *itálico nosso*). A análise dessa definição permite algumas considerações. A primeira é que as culturas podem possuir normas e valores diferenciados e, nesse caso, o que é culturalmente aceitável num grupo ou contexto pode ser completamente inaceitável noutro. A definição, portanto, supõe um certo “ajustamento” a padrões culturalmente estabelecidos, que podem ser diferentes daqueles do próprio indivíduo. Uma outra questão refere-se ao sentido “adjetivado” de habilidades sociais enquanto “capacidade para”, o que supõe um juízo de valor sobre a qualidade do desempenho (nesse caso, sobrepondo-se ao conceito de competência social, conforme se verá a seguir).



Defendendo-se a diferenciação entre estes dois termos e a necessidade de uma definição que contemple a dimensão situacional-cultural, pode-se definir habilidades sociais, enquanto constructo descritivo, como o conjunto dos desempenhos apresentados pelo indivíduo diante das demandas de uma situação interpessoal, considerando-se a situação em sentido amplo (Argyle, Furnham e Graham, 1981), que inclui variáveis da cultura (ver item 4.2., adiante). Portanto, genericamente falando, comportamento e desempenho social, ou interpessoal, são termos equivalentes a habilidades sociais. Enquanto constructo descritivo, é importante caracterizar esse desempenho em seus componentes comportamentais abertos (ações molares e moleculares), cognitivo-afetivos mediadores (habilidades e sentimentos envolvidos na decodificação das demandas interpessoais da situação, na decisão sobre o desempenho requerido nessa situação e na elaboração e automonitoria desse desempenho) e fisiológicos (processos sensoriais e de regulação ou controle autonômico).

Já a competência social, entendida como constructo avaliativo, supõe critérios para a atribuição de funcionalidade, imediata e a longo prazo, ao desempenho social. Assim, considerando-se os critérios destacados por Linehan (1984) e o da busca de equilíbrio nas relações interpessoais, defendido pelos autores, em vários trabalhos (por exemplo, Z. Del Prette & A. Del Prette, 1996a; Del Prette, 1983), pode-se definir a competência social como a capacidade do indivíduo (auto-avaliada ou avaliada por outros) em apresentar um desempenho que garanta, simultaneamente: a) a consecução dos objetivos de uma situação interpessoal; b) a manutenção ou melhoria de sua relação com o interlocutor, incluindo-se aí a busca de equilíbrio do poder e das trocas nessas relações; c) a manutenção ou melhoria da auto-estima; d) a manutenção ou ampliação dos direitos humanos socialmente reconhecidos. Embora esses critérios sejam geralmente aceitos na análise do desempenho social, o peso relativo atribuído a cada um deles não está consensualmente estabelecido entre pesquisadores e profissionais da área.

O conceito de competência social coloca em destaque a capacidade de o indivíduo expressar-se honestamente, defender direitos, atingir objetivos próprios e de outrem, maximizando as



conseqüências positivas e com perda mínima de reforçadores. Isto não significa, entretanto, que o comportamento socialmente competente atinja, sempre e necessariamente, todos os critérios de funcionalidade acima referidos ou que os atinja em grau máximo. O conceito de resposta mínima efetiva é defendido, nessa área, possivelmente como uma forma de aumentar a probabilidade de se atender, simultaneamente, mesmo que não completamente, a todos esses critérios.

Os critérios de funcionalidade supõem, portanto, a capacidade do indivíduo em articular os componentes de seu desempenho (comportamentais, cognitivo-afetivos e fisiológicos) às demandas interpessoais da situação e da cultura, considerando, ainda, critérios mais abrangentes e universais (inclusive éticos) que deveriam nortear as relações interpessoais.

Por outro lado, é importante destacar o caráter relativista da competência social, uma vez que o julgamento de proficiência será sempre determinado por um conjunto de normas ou expectativas ligadas às características pessoais dos interlocutores e às características da situação e da cultura onde a interação ocorre.

#### **4. DIMENSÕES DO DESEMPENHO SOCIAL**

— De acordo com as definições anteriores, pode-se, no momento, considerar três dimensões importantes na análise das habilidades sociais e da competência social: a pessoal, a situacional e a cultural. Essas dimensões se interpenetram e estão *sempre* presentes nas interações sociais, podendo-se dizer que o comportamento social depende da combinação harmoniosa entre elas. A caracterização das habilidades sociais e da competência social inclui, por conseguinte, a análise dessas dimensões e a relação tempo/função entre elas, compreendidas a partir dos condicionantes culturais e históricos que criam as normas e os padrões de ação e de reação social (Z. Del Prette & A. Del Prette, 1996a).

##### **4.1. A dimensão pessoal**

| A dimensão pessoal é constituída principalmente pelo repertório do indivíduo em seus componentes comportamental, cog-



nitivo-afetivo e fisiológico (objeto de análise mais detalhada no próximo capítulo). A maioria dos pesquisadores concorda que um repertório mais elaborado de habilidades sociais supõe uma articulação harmoniosa entre esses componentes.

Além do repertório do indivíduo, a dimensão pessoal inclui também as características sociodemográficas como idade, sexo, altura, estado de saúde, peso, formação acadêmica e aparência física, dentre outros traços. Essas características sinalizam diferenças nas expectativas e normas, culturalmente estabelecidas, que orientam a avaliação das habilidades sociais e da competência do indivíduo nas relações interpessoais. /

#### 4.1.1. *Análise molar versus molecular*

Molar e molecular são termos freqüentes da literatura da área das habilidades sociais e designam níveis de avaliação dos aspectos comportamentais da dimensão pessoal. Em geral, o nível molar supõe habilidades globais, como expressão de sentimentos, enquanto que o nível molecular refere-se a habilidades componentes, como volume da voz, contato visual, entonação, expressão facial, uso do eu e outros componentes verbais. Os níveis de avaliação molar e molecular têm sido apresentados, na área de THS, como categorias dicotômicas, presumindo-se mesmo a necessidade de nível intermediário (Wallander, Conger & Conger, 1985) para "cobrir" o vazio entre os dois extremos. Mas pode-se supor um *continuum* na extensão dos recortes possíveis.

Na tradição da Terapia Comportamental, teoricamente qualquer comportamento pode ser avaliado em sua extensão global (molaridade) ou em partes menores (molecularidade), mesmo aqueles não verbais. O que é molar em determinado recorte poderá ser considerado molecular em outro, o que indica a necessidade de se relativizar o uso do conceito.

A análise da dimensão comportamental envolve, portanto, a identificação de classes e subclasses de ações "que se distinguem entre si em termos de seu efeito provável, ou provavelmente pretendido, no comportamento do interlocutor" (Del Prete, 1985a, p. 48). Exemplificando-se, desempenhos como iniciar conversação, pedir emprego e lidar com críticas podem ser con-



siderados como molares em relação a fazer perguntas, responder a perguntas, argumentar, que geralmente são componentes dessas classes. Em nível ainda mais molecular pode ser examinada a topografia do desempenho geral ou das ações componentes, focalizando-se, por exemplo, a qualidade da postura, do contato visual e da expressão facial.

Dessa forma, a relação entre componentes moleculares e molares, na avaliação do comportamento socialmente competente, nem sempre pode ser predeterminada, especialmente considerando-se o caráter situacional e cultural das habilidades sociais. Em estudo anterior, Del Prette (1982) realizou uma análise exaustiva dos componentes moleculares, permitindo verificar que muitos deles eram pré-requisitos ou nucleares numa cadeia de comportamentos. A identificação desses componentes permitiu a organização de objetivos e procedimentos específicos de intervenção, essenciais para promover a melhoria do desempenho do indivíduo.

#### **4.2. A dimensão situacional**

— O poder da situação e o caráter situacional das habilidades sociais são amplamente reconhecidos (Argyle, 1984), representando um consenso na literatura da área de THS. O conceito de situação é utilizado, na Psicologia, muitas vezes com diferentes significados. Uma definição bastante completa e esclarecedora é a oferecida por Argyle et al. (1981), que considera a situação como “a soma das características do sistema de comportamentos durante um encontro social” (p. 3). Esse “sistema de comportamento” inclui: a) os objetivos e a estrutura de objetivos ou propósitos; b) as regras sociais e as normas explícitas (organizadas em códigos, como os regimentos) e implícitas (aquelas inferidas do comportamento relativamente padronizado de um grupo ou comunidade) que definem os comportamentos adequados, permitidos ou proibidos; c) os papéis formais e informais associados à posição do indivíduo; d) o repertório de elementos necessários para atingir os objetivos (por exemplo, ações ou conteúdos verbais e não verbais); e) as seqüências de interação razoavelmente padronizadas para a consecução dos objetivos ou realização da atividade; f) os conceitos compartilhados naquele ambiente e g) o contexto físico da ação.



Avaliar o desempenho social em articulação com as demandas da situação significa reconhecer que situações diferentes criam demandas sociais diferenciadas. Por exemplo, o desempenho interpessoal esperado numa reunião de trabalho pode ser dramaticamente diferente daquele esperado numa reunião informal após o trabalho. Por outro lado, uma mesma classe de demanda (iniciar conversação) pode ser afetada por muitos fatores situacionais, como as características objetivas do ambiente (muita gente, muito ruído, formalidade ou descontração), e dos interlocutores (por exemplo, nível de instrução, padrão socioeconômico, idade e integridade física). A classe de habilidades sociais identificável, como “abordar o sexo oposto”, pode assumir características completamente diferentes quando as pessoas encontram-se no domingo em uma praia ou conversam à entrada de um teatro; a classe “defender opinião” pode ser bastante alterada quando o interlocutor é uma pessoa idosa ou com problemas de expressão verbal. O leitor facilmente pode pensar outros exemplos semelhantes.

### **4.3. A dimensão cultural**

O conceito de situação, discutido anteriormente com base em Argyle et al. (1981), incluiu a dimensão cultural, porém esta será abordada separadamente, aqui, para destacar a questão das diferenças e semelhanças entre culturas ou entre momentos históricos, tanto para situações equivalentes como para conjuntos amplos de situações diferenciadas. No estudo de Furnham (1979) foram identificadas diferenças na assertividade de enfermeiras indianas, européias e africanas que remetiam, necessariamente, a valores culturais determinados por características sociopolíticas dessas culturas. O estudo de Feng e Cartledge (1996) com adolescentes americanos, asiáticos, europeus e africanos também evidencia a importância da dimensão cultural das habilidades sociais.

Alguns desempenhos sociais podem ser amplamente generalizados para diferentes culturas, enquanto outros podem ser mais localizados. “É possível pensar em um rol de comportamentos situacionalmente contextualizados, razoavelmente con-

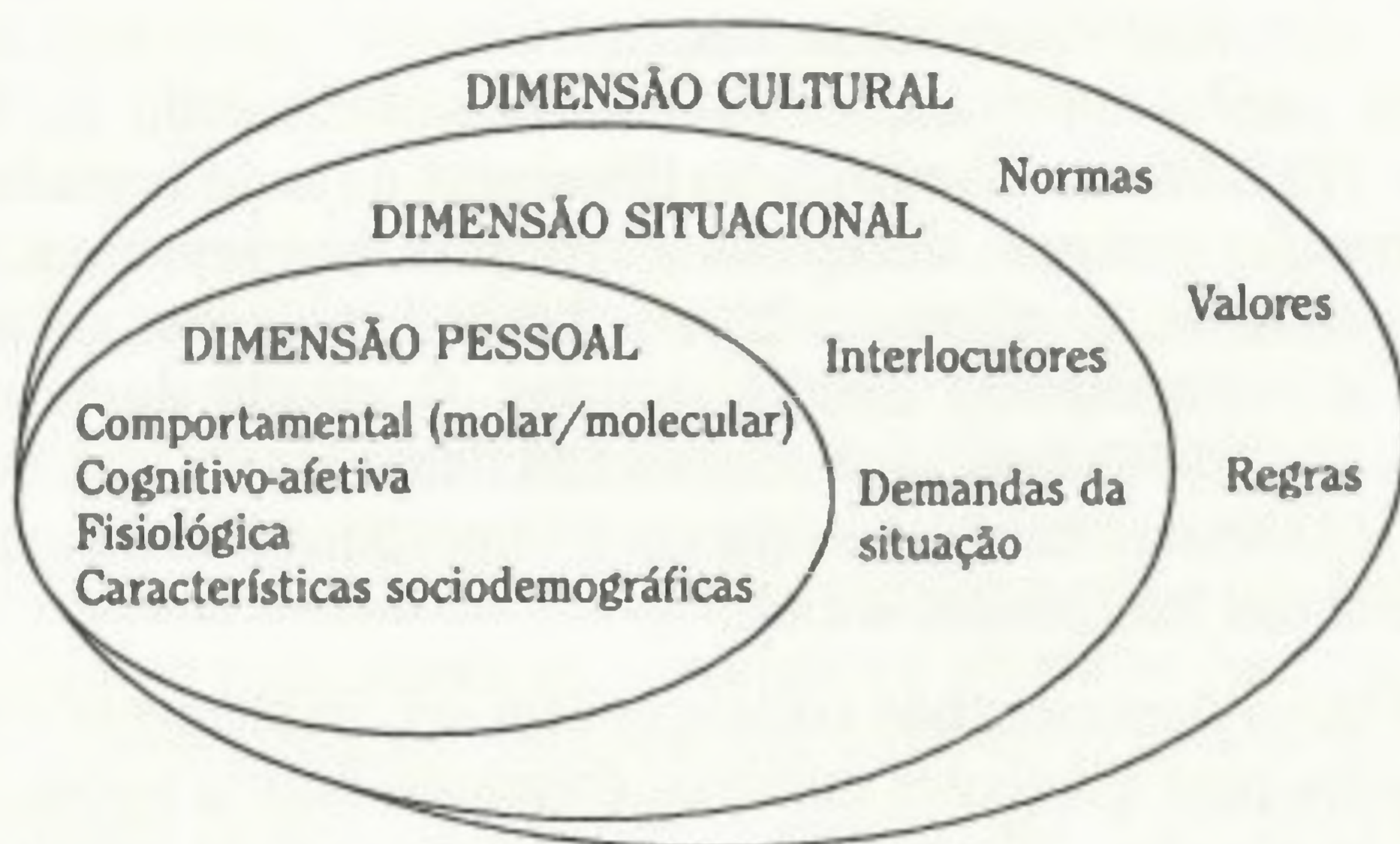


sensuais e significativos nas relações interpessoais” (A. Del Prette & Z. Del Prette, 1997, p. 244) e em padrões mais gerais, transculturais, como por exemplo as pessoas responderem aos cumprimentos que lhes são dirigidos, agradecerem elogios ou se defenderem ao serem injustamente ofendidas. Além disso, os resultados obtidos nas pesquisas que buscam investigar, comparativamente, habilidades sociais em diferentes culturas (por exemplo, Gallois, 1993) permitem uma análise de aspectos críticos das diferentes culturas para o desenvolvimento dum repertório social competente.

## 5. SÍNTESE DAS DIMENSÕES E CONCEITOS

O esquema abaixo procura resumir os principais aspectos apresentados neste capítulo em relação aos conceitos e dimensões envolvidos na análise do desempenho social. Dada a complexidade da área e as constantes revisões teóricas de suas bases conceituais, entende-se que qualquer tentativa de esquematizar essas relações é necessariamente reducionista e provisória. Portanto, mesmo correndo-se esse risco, apresentamos o esquema abaixo com o objetivo de garantir uma apreensão inicial dessa complexidade.

Esquema de análise das habilidades sociais





É importante assinalar que o esquema acima refere-se tão-somente ao desempenho em interações sociais. Mesmo os componentes da dimensão pessoal somente adquirem significado se considerados em função da unidade de análise do desempenho social, que são as díades ator-interlocutor (Trower, 1995). O esquema resume tanto os elementos necessários a uma análise descritiva dos componentes de cada dimensão (e que, no caso da dimensão pessoal, inclui as habilidades sociais propriamente ditas) como para uma análise avaliativa, ou seja, do grau de proficiência ou funcionalidade do desempenho social, na medida em que este implica em articulações intra e entre as dimensões acima ilustradas.



## 5. COMPONENTES DAS HABILIDADES SOCIAIS

A investigação sobre diversos componentes das habilidades sociais e sobre seus significados e papéis nas relações sociais tem constituído um empreendimento complexo. Embora já se disponha, na literatura, de um certo acúmulo de informações sobre as funções isoladas dos componentes das habilidades sociais, a compreensão de suas combinações na produção de um comportamento social competente requer, ainda, investimento em pesquisa.

Não obstante essas dificuldades, existe um relativo consenso sobre alguns dos principais componentes das habilidades sociais, derivados, em sua maioria, de estudos pioneiros de pesquisadores da Psicologia (podendo ser citados, entre outros, Argyle, 1967/1994; 1975; Argyle & Dean, 1965; Argyle & Kendon, 1967). Contudo, a explicitação dos componentes das habilidades sociais, através de uma análise estrutural, recebeu também a contribuição das investigações sobre a paralinguagem, o uso do espaço e do tempo (proxêmica e cronêmica) e a gestualidade, que ocorreram no âmbito de outras disciplinas como a Semiótica, a Comunicação e a Antropologia Cultural, podendo ser citados, aqui, entre outros, Kendon (1981), Hall (1977) e Poyatos (1981; 1983). Esses estudos focalizaram importantes relações entre as dimensões pessoal comportamental, situacional e cultural.

No âmbito da Psicologia, as investigações têm privilegiado a dimensão pessoal, principalmente a comportamental, embora a própria definição de comportamento implique em relação com o contexto situacional em que ocorre. Tomando como foco a



dimensão pessoal, Caballo (1993) examinou noventa estudos realizados entre 1970 a 1986, verificando que os componentes das habilidades sociais mais estudados foram: contato visual (78 por cento dos estudos), latência da resposta (48 por cento), volume da voz (43 por cento), sorriso e tempo da fala (37 por cento), solicitações de mudança de comportamento (36 por cento) e gestos (34 por cento). Seguem, em sua listagem, outros componentes com percentuais mais baixos. Esse autor propõe um sistema de análise da dimensão pessoal em classes e subclasses que incluem componentes comportamentais, cognitivos e fisiológicos.

Um exame detalhado desses componentes evidencia a dificuldade de se obter critérios de classificação que atendam satisfatoriamente aos requisitos da coerência interna. Por exemplo, *clareza da fala* aparece, em sua classificação, como um componente verbal da mesma classe que *perguntas e uso do pronome Eu*, ou seja, alguns componentes são classificados pelo conteúdo e outros pela topografia. Por outro lado, alguns componentes diferem bastante entre si quanto à abrangência/especificidade. É o caso de *auto-revelação*, quando comparada com *perguntas*, ou ainda de *pedidos de participação em atividades em relação ao conteúdo de enfrentamento*.

Com base na literatura (Argyle et al. 1974; Del Prette, 1982; 1985a; 1985b; Del Prette, 1983; Del Prette & Del Prette, 1983; Del Prette, Del Prette, Pontes & Torres, 1998; Mischel, 1973) é possível organizar um rol dos componentes da dimensão pessoal das habilidades sociais utilizando-se os critérios: a) da mútua exclusão; b) da semelhança em termos de abrangência/especificidade; e c) da natureza funcional ou topográfica dos comportamentos. Essa relação apresenta três classes mais amplas de componentes: os comportamentais, os cognitivo-afetivos e os fisiológicos e uma classe adicional de outros componentes que não poderiam ser incluídos nas anteriores. Cada uma dessas classes contém outras subclasses, conforme é apresentado neste quadro.



## Quadro 5.1. Componentes das habilidades sociais

### 1. COMPONENTES COMPORTAMENTAIS

#### 1.1. VERBAIS DE CONTEÚDO

- 1.1.1. Fazer/responder a perguntas
- 1.1.2. Solicitar mudança de comportamento
- 1.1.3. Lidar com críticas
- 1.1.4. Pedir/dar *feedback*
- 1.1.5. Opinar/concordar/discordar
- 1.1.6. Elogiar/recompensar/gratificar
- 1.1.7. Agradecer
- 1.1.8. Fazer pedidos
- 1.1.9. Recusar
- 1.1.10. Justificar-se
- 1.1.11. Auto-revelar-se/usar o pronome EU
- 1.1.12. Usar conteúdo de humor

#### 1.2. VERBAIS DE FORMA

- 1.2.1. Latência e duração
- 1.2.2. Regulação: bradilalia, taquilalia, volume, modulação
- 1.2.3. Transtornos da fala

#### 1.3. NÃO VERBAIS

- 1.3.1. Olhar e contato visual
- 1.3.2. Sorriso
- 1.3.3. Gestos
- 1.3.4. Expressão facial
- 1.3.5. Postura corporal
- 1.3.6. Movimentos com a cabeça
- 1.3.7. Contato físico
- 1.3.8. Distância/proximidade

### 2. COMPONENTES COGNITIVO-AFETIVOS

#### 2.1. CONHECIMENTOS PRÉVIOS

- 2.1.1. Sobre a cultura e ambiente
- 2.1.2. Sobre os papéis sociais
- 2.1.3. Autoconhecimento

#### 2.2. EXPECTATIVAS E CRENÇAS

- 2.2.1. Planos, metas e valores pessoais
- 2.2.2. Autoconceito
- 2.2.3. Auto-eficácia *versus* desamparo
- 2.2.4. Estereótipos



## 2.3. ESTRATÉGIAS E HABILIDADES DE PROCESSAMENTO

- 2.3.1. Leitura do ambiente
- 2.3.2. Resolução de problemas
- 2.3.3. Auto-observação
- 2.3.4. Auto-instrução
- 2.3.5. Empatia

## 3. FISIOLÓGICOS

- 3.1. TAXA CARDÍACA
- 3.2. RESPOSTAS ELETROMIOGRÁFICAS
- 3.3. RESPIRAÇÃO
- 3.4. RESPOSTA GALVÂNICA DA PELE
- 3.5. FLUXO SANGÜÍNEO

## 4. OUTROS COMPONENTES

- 4.1. ATRATIVIDADE FÍSICA
- 4.2. APARÊNCIA PESSOAL

Como pode ser inferido do Quadro 5.1., os componentes comportamentais das habilidades sociais referem-se a aspectos diretamente observáveis, subdivididos em *verbais de conteúdo*, *verbais de forma e não verbais*. Nos *verbais de conteúdo* procurou-se manter um nível semelhante de extensão, incluindo-se *pedir feedback e dar feedback*, componentes pouco referidos na literatura da área, com raras exceções (por exemplo, Lange & Jakubowski, 1966) e sobre os quais serão feitas considerações mais adiante. A subclasse *verbais de forma* mantém os principais componentes descritos na literatura e recebe essa denominação porque envolve, de fato, a topografia da fala.

Com relação aos componentes cognitivo-afetivos, apresenta-se uma subdivisão bastante particularizada, em grande parte baseada em Mischel (1973). A intenção, aqui, foi a de se evitar novamente as sobreposições e manter coerência com os chamados processos básicos da Psicologia.

Os componentes fisiológicos apresentam uma única subdivisão, contendo as cinco subclasses mais estudadas na literatura da área.

Na subclasse *não verbal*, para se manter a coerência classificatória, optou-se por excluir *atratividade física e aparência*



*peçoal*, que têm sido aí colocadas por alguns autores (por exemplo, Caballo, 1993). Entende-se que essas subclasses não podem ser consideradas como comportamentos ou formas particulares de respostas. Embora possam ter um peso na avaliação externa de competência social, elas seriam melhor caracterizadas como contingências genéticas, sobre as quais o indivíduo não tem nenhum controle, ou como fatores ambientais que incidem sobre o seu genótipo ou, ainda, como produtos de comportamentos de autocuidado.

## 1. A COMUNICAÇÃO VERBAL

As explicações para a sociabilidade humana e de animais percorreram vários caminhos teóricos. Todavia, hoje se reconhece que as pessoas se procuram não por “instinto gregário”, mas por outros motivos: ajuda, consenso, admiração, amor e poder, dentre outros. Grande parte das pessoas passa muitas horas de um dia ocupada em interações sociais, e aquelas que trabalham isoladamente, ao deixarem suas tarefas, mostram-se desejosas de contato com colegas e amigos.

Entender o outro, o que ele diz, e se fazer entender, dependem de comunicação. Comunicar envolve, pois, compartilhar modo de vida, pensamento, atitude e comportamento. A utilização da linguagem vocalizada na comunicação varia de indivíduo para indivíduo, relacionando-se com a cultura, a classe social e a educação da sociabilidade.

A conversação verbal, cotidiana ou não, possui signos que regulam o intercâmbio verbal e possibilitam a compreensão do que se fala. Embora o verbal possa ocorrer ou deixar de ocorrer numa interação social face a face, o não-verbal está sempre presente e tem um grande peso na comunicação. As pesquisas têm mostrado que na comunicação apenas 35 por cento do significado é verbal, contrapondo-se a 65 por cento de não verbal (Poyatos, 1980).

Dentre os vários componentes *verbais de conteúdo* iremos tecer alguns comentários sobre: fazer perguntas, solicitar mudança de comportamento, lidar com críticas e pedir/dar *feed-*



*back*. Os demais (opinar, elogiar, agradecer, pedir favores, justificar-se e usar o pronome EU) são bastante óbvios, dispensando maior detalhamento.

### **1.1. Fazer perguntas**

Aparentemente é dispensável realçar a importância das perguntas nas interações sociais, pois freqüentemente só obtemos informações porque fazemos perguntas sobre o que desejamos saber. Porém muitas pessoas possuem déficit desse componente ou o utilizam de forma inadequada. Em um estudo (Del Prette, 1982) verificou-se que a maioria dos participantes de um grupo tinha dificuldade em obter informações e as suas condições de vida se alteraram para melhor quando aprenderam a fazer perguntas, explicitando claramente o que desejavam saber e insistindo em seus direitos de obter informações.

A habilidade de formular perguntas é particularmente importante em algumas profissões. No caso do professor, por exemplo, permite desafiar a curiosidade e o raciocínio dos alunos e encorajá-los a se expressarem. A efetividade de uma atividade e a qualidade do discurso do professor dependem muito do tipo de perguntas feitas, sua freqüência e seqüência, bem como das pausas de espera pela resposta (Jegede & Olajide, 1995; Peterson, Kromrey, Borg & Lewis, 1990). Pode-se argumentar, por outro lado, que a habilidade de fazer perguntas depende, em ampla medida, da discriminação dos diferentes tipos de pergunta (quanto à função, forma e conteúdo) e da habilidade de empregá-las adequadamente, selecionando-as de acordo com as condições gerais e objetivos da interação (Hargie, Saunders & Dickson, 1994, dedicam um capítulo inteiro somente à habilidade de questionar). Z. Del Prette e A. Del Prette (1997), em estudo envolvendo um grupo de professores, verificaram que estes, na maioria das vezes, faziam perguntas mas não esperavam as respostas dos alunos ou não adequavam o seu nível de complexidade ao ritmo de aprendizagem dos mesmos. Os professores foram, então, orientados a esperar as respostas, a elaborar perguntas complexas e a desdobrar essas perguntas em outras de menor elaboração, conforme a capacidade e as necessidades percebidas nos educandos. O relato dos professores e as



filmagens das aulas mostraram que a aquisição dessas habilidades melhorou a qualidade das interações com os alunos e permitiu uma melhor condução e avaliação do processo de aprendizagem.

## 1.2. Solicitar mudança de comportamento

Solicitar mudança de comportamento é um recurso educativo com o qual as pessoas têm experiência ao longo da vida desde as primeiras fases do desenvolvimento. Esse componente é muito importante para ambos os pólos da interação, pois favorece uma discriminação dos comportamentos que devem ser evitados. É comum pedir mudança de comportamento sem especificar qual seria o desejável para uma determinada situação, o que dificulta a consecução dos objetivos pretendidos. Expressões como “não faça isso”, “fale com seu colega de outra maneira”, “peço-lhe que mude de atitude” podem confundir o interlocutor, especialmente quando se trata de criança ou de adulto portador de atraso no desenvolvimento. As crianças que não desenvolvem essa habilidade muitas vezes transformam-se em alvo preferencial das brincadeiras inconvenientes dos colegas, algumas inclusive de caráter hostil, provocando desconforto psicológico e físico.

Conforme Bower e Bower (1977, p. 176), a solicitação de mudança de comportamento deve incluir a *descrição* do comportamento que se pretende suprimir, a *expressão* de desagrado que ele causa, a *especificação* do comportamento que seria indicado e as possíveis *conseqüências* da mudança. A reação de um professor, diante de um comportamento indesejável de um aluno, observada em sala de aula ilustra o uso dessa regra: “você está falando muito alto [descrição do comportamento], isto está me aborrecendo [expressão de desagrado], repita tudo o que disse mais baixo [especificação da mudança] que, em seguida, o atenderei” [conseqüência positiva para a mudança].

## 1.3. Lidar com críticas

Por melhores que sejam nossas intenções, e por mais competentes que sejamos nas relações sociais profissionais ou coti-



dianas, freqüentemente nos deparamos com pessoas que reprovam nossa maneira de pensar e comportar, expressando isso através de críticas. Mesmo as críticas construtivas e com as quais podemos concordar não são fáceis de ser manejadas. Pessoas com baixa auto-estima, sentimentos negativos de auto-eficácia e estilo atribucional derrotista podem apresentar maior dificuldade para lidar com críticas.

As críticas que recebemos grosso modo podem ser divididas em verdadeiras ou falsas, embora o critério seja sempre subjetivo; ambas podem ser adequadas ou inadequadas e envolvem diferentes habilidades de manejo.

A crítica verdadeira pode ser expressa de forma inadequada pelo seu conteúdo, forma e ocasião. Em relação à crítica adequada, a melhor maneira de lidar com ela (Caballo, 1993) é ouvi-la atentamente, refletindo sobre sua utilidade para modificarmos idéias ou pensamentos. A crítica verdadeira, mas inadequada, também deve ser ouvida atentamente; porém, se possível, solicitando-se mudança de comportamento do interlocutor em relação aos aspectos inadequados - por exemplo: "concordo com suas observações, mas peço-lhe que fale baixo"; "estou de acordo com suas ponderações sobre meu comportamento, mas podemos conversar sobre isso em particular"; "você está correto apenas em parte em seu julgamento, pois não é sempre que eu me comporto desse jeito".

A crítica falsa e recorrente envolve a habilidade de refutar e esclarecer o interlocutor sem hesitações. As retaliações do tipo "mas você também fez isso e aquilo...", embora muito comuns, na maioria das vezes não surtem o efeito pretendido e podem até incentivar o interlocutor a mencionar outras coisas desfavoráveis, alimentando uma discussão inútil e às vezes desrespeitosa de ambos os lados. Ao invés de retaliar, deve-se discordar firmemente do interlocutor e dar exemplos de seus equívocos, esperando que este modifique sua posição. Lidar efetivamente com críticas falsas também envolve a habilidade de expressar desacordo através da comunicação não verbal, como o meneio de cabeça, o olhar desaprovador e a expressão facial de desagrado.



#### 1.4. Dar/receber *feedback*

Essa designação foi emprestada da eletrônica pelas Ciências da Comunicação, mantendo, pelo menos em parte, o significado de retroalimentação. Na eletrônica descreve-se a operação envolvida no conceito como uma parte da energia de saída dum mecanismo que retorna como entrada, produzindo regulagem do sistema.

Nas relações sociais o *feedback* ajusta-se ao significado de retroalimentação, que pode operar manutenção ou alteração no padrão de comportamento. Daí a importância dos componentes pedir e dar *feedback*. A solicitação de *feedback* permite à pessoa regular seu padrão de comportamento ajustando-o, se necessário, às demandas da interação. Embora o *feedback* possa funcionar como reforço (entendido como uma consequência que, contingente a um comportamento, aumenta a probabilidade de sua ocorrência), as operações envolvidas nos dois conceitos são bastante diferenciadas.

Como envolve um certo nível de detalhamento sobre o comportamento emitido, o *feedback* em geral é obtido (Argyle, 1967/1994) através do canal verbal. O *feedback*, assim como o reforço, não foi inventado ou produzido pelos cientistas do comportamento ou peritos da comunicação. Ao contrário, são produtos naturais da vida social. Se vivêssemos num mundo organizado sem *feedback*, os comportamentos das pessoas, sociais ou não, seriam imprecisos e ineficientes.

A tendência a dar e pedir *feedback* tem sido estudada na Psicologia Social como importante característica dos estilos interpessoais, popularizados como representações da “Janela de Johari” (bastante utilizada na análise de relações grupais e de problemas nessas relações), os quais poderiam ser resolvidos com um melhor equilíbrio entre essas duas tendências.

## 2. COMPONENTES VERBAIS DE FORMA NA COMUNICAÇÃO

Os componentes verbais de forma referem-se à topografia verbal do desempenho interpessoal. Nesse caso, o interesse re-



cai mais sobre os aspectos formais da fala (o “como”) do que sobre o seu conteúdo (o que se pretende transmitir). Um exemplo que pode ilustrar o significado dado pela forma localiza-se na ênfase em alguma palavra de uma frase, que produz modificação.

- EU gosto de você. (*Outras pessoas podem não gostar de você, mas EU gosto.*)

- Eu GOSTO de você. (*Estou comunicando-lhe uma grande AFEIÇÃO.*)

- Eu gosto DE VOCÊ. (*Não é de outra pessoa, é a VOCÊ que eu quero bem.*)

## 2.1. Latência e duração da fala

A latência de resposta é uma expressão popularizada pela Análise Experimental do Comportamento, adotada em várias abordagens clínicas. Como o próprio nome indica, seu significado refere-se ao tempo decorrido entre a apresentação de um estímulo (por exemplo, a fala de um indivíduo) e a resposta do interlocutor. Uma alta frequência de respostas demoradas pode ser bastante prejudicial numa seqüência de intercâmbios interativos. Responder rapidamente, muito em seguida à fala do interlocutor, pode também, em alguns casos, dificultar interações satisfatórias. A latência deve adequar-se ao conteúdo da mensagem do interlocutor e ao contexto em que a interação ocorre.

A duração da fala representa o tempo em que um dos interlocutores permanece falando sem conceder ao outro a oportunidade de uso da palavra. Tomar a palavra durante muito tempo pode causar aborrecimento ao interlocutor e dificultar interações futuras. Em nossa cultura usa-se a expressão “fulano *alugou* o meu ouvido” para designar uma pessoa que fala demais e não dá ao outro a oportunidade de se manifestar.

## 2.2. Regulação da fala

As pessoas tendem a regular a comunicação verbal conforme o conteúdo da mensagem, o contexto e o interlocutor. Alguns exemplos típicos podem ser relacionados: fala-se baixo em



um teatro e alto em uma cervejaria repleta de pessoas; conversa-se vagarosamente à saída do trabalho e apressadamente quando se despede de alguém que está prestes a tomar um avião; emprega-se uma tonalidade especial às palavras “gosto de você” ou “odeio-te”, e não quando se diz “passe-me o sal”.

Pessoas que falam comumente de forma muito rápida (taquilalia) ou lenta (bradilalia) podem encontrar dificuldades em obter atenção de seus interlocutores. Trower et al. (1978) consideram que as pessoas podem ser percebidas diferentemente conforme a modulação da voz que utilizam: um volume excessivamente baixo pode sugerir submissão, um muito alto, ira, e volume extraordinariamente variável, temor e surpresa. Um mesmo discurso, apresentado de forma vivaz, com variações na modulação, causa uma impressão agradável e de autenticidade, bastante diferente daquele com voz uniforme (tipo monocórdio), cuja impressão pode ser a de falta de convicção.

### **2.3. Transtornos da fala**

São vários os transtornos da fala que podem trazer problemas nas interações sociais. Alguns desses transtornos, como por exemplo a tartamudez excessiva, necessitam de atendimento individualizado e podem requerer mais de uma especialidade de atendimento.

Os transtornos mais comuns de fala em relação às habilidades sociais são: as repetições, as vacilações, os silêncios, o emprego de chavões (“sabe”, “né”, “tipo assim” e outras expressões do gênero) e a prolixidade ou detalhismo. As repetições e as vacilações freqüentemente podem sugerir insegurança, ansiedade e até mesmo incompetência (vocabulário limitado ou excessivamente incorreto). O emprego de chavões e a prolixidade podem causar aborrecimento, desconforto, levando o interlocutor a abreviar o tempo de conversação. O silêncio freqüente pode gerar embaraço, ansiedade e, também, fazer com que o interlocutor procure interromper a interação. Algumas pessoas têm muita dificuldade em tolerar o silêncio na interação e freqüentemente se apressam em interrompê-lo com alguma verbaliza-



ção. Isto pode gerar constrangimentos, ensejando esquivas em relação a qualquer contato futuro.

### 3. COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

As formas de comunicação humana não se restringem unicamente à troca de mensagens verbais. Pode-se assegurar que a comunicação lingüística é somente a parte mais visível dos processos de relações interpessoais. Apesar de vivermos numa sociedade letrada, que se organiza segundo o uso das palavras (escritas ou faladas), um bom volume de comunicações se processa por simbologia de traço, consensualmente aceita. Esses símbolos regulam muito da vida cotidiana e das relações interpessoais. É o caso dos sinais de trânsito e outros indicadores de regras de comportamento como, por exemplo, os avisos de proibição de fumar em determinado ambiente.

Além desses sinais não verbais, resultantes da organização de mensagens que apresentam uma informação intencional e explícita, existe uma outra modalidade que tem sido referida como mensagem não verbal. Embora o termo "não verbal" tenha sido objeto de discussão no âmbito de diversas ciências (Psicologia, Semiótica, Comunicação, Antropologia e Lingüística), ele tem sido utilizado generalizadamente e, portanto, será mantido neste livro.

A comunicação não verbal ocorre quando se utilizam recursos do próprio corpo, excluindo-se a vocalização. O chamado comportamento não verbal está sempre presente nas relações face a face, existindo ou não intercâmbio verbal. O estudo do comportamento não verbal tem sua história na Psicologia, a começar por Wundt (1973), com os seus estudos classificatórios dos gestos. Mais recentemente, o interesse pelo não-verbal vem aumentando consideravelmente na Europa e nos Estados Unidos. Para Scherer (1984, p. 160), "o extraordinário sucesso do 'movimento não verbal' não é surpreendente, uma vez que ele claramente se identifica com o *zeitgeist*". Parafraseando Scherer, pode-se dizer que há, em nossa época, uma tendência para se completar o estudo da comunicação verbal com o da não-verbal.



Não obstante a universalidade do significado de alguns comportamentos não verbais, a maioria das expressões está relacionada às culturas em que tiveram origem e onde são empregadas.

No Brasil, considerando-se sua dimensão geográfica e a participação de diferentes etnias na sua formação e desenvolvimento, a comunicação não verbal adquire também expressões regionalistas. Alguns exemplos de gestualidade regional podem ser encontrados no interessante estudo de Câmara Cascudo (1987), que traz informações valiosas sobre a história da nossa gestualidade. O comportamento não verbal, na literatura psicológica brasileira, está ainda carente de pesquisas, com poucas publicações sobre o tema, podendo-se destacar Santos, Conceição et al. (1992), que investigaram a influência da vestimenta na formação de impressões e aproximação de estranhos, e Otta (1994), que apresenta importantes dados de pesquisa e reflexões sobre os significados do sorriso. Os autores de romances regionalistas, tais como Jorge Amado e João Ubaldo Ribeiro (Bahia), Machado de Assis (Rio de Janeiro), Guimarães Rosa (Minas Gerais), são excelentes fontes para se conhecer um pouco da gestualidade brasileira. Quem não se recorda da descrição de Machado de Assis sobre os diferentes olhares de Capitu?

### **3.1. Funções da comunicação não verbal**

Uma análise detalhada das funções da comunicação não verbal é de grande interesse para a área de Treinamento de Habilidades Sociais (THS). Argyle (1967/1994) supõe três tipos de função para a comunicação não verbal: a necessidade de se comunicar atitudes e emoções, o apoio não verbal para a comunicação verbal e a substituição da linguagem verbal pela não verbal. Caballo (1993, p. 25), analisando a comunicação não verbal, acrescenta ainda que “a mensagem não verbal pode contradizer a verbal”.

Com base em autores da área de THS e em pesquisadores da semiótica, pode-se agrupar as funções da comunicação não verbal em cinco tipos, aqui descritos:

1) *Substituição da linguagem*. Frequentemente as pessoas substituem a linguagem por comportamentos não verbais, espe-



cialmente nos casos em que estes são mais expressivos do que a fala. Um exemplo típico é o que acontece em determinado grupo, quando um dos membros, olhando para o outro de soslaio, dá uma piscadela rápida, porém perceptível pelo interlocutor, com o significado de “você está de acordo?”, propondo uma cumplicidade principalmente quando o outro sabe de algum fato não comum aos demais membros do grupo.

2) *Regulação da comunicação.* Em geral a comunicação interpessoal é regulada por sinais sutis da fala como, por exemplo, a pausa indicadora de que é a vez do outro falar. Algumas vezes, porém, torna-se necessário o uso de gestos sinalizadores na regulação sobre quem deve tomar a palavra, interrompê-la ou iniciá-la. Geralmente os interlocutores utilizam-se das mãos para obterem uma relativa sincronia na comunicação, evitando sobreposições de fala ou outras dificuldades.

3) *Apoio à comunicação verbal.* Frequentemente a mensagem verbal parece incapaz de expressar totalmente os sentimentos das pessoas. Nesse caso, utiliza-se o não-verbal para dar ênfase ao que se pretende comunicar. Em alguns encontros sociais como, por exemplo, em um velório, espera-se que a comunicação verbal não seja prolixa, buscando enfatizar o que se diz, através de gestos e posturas socialmente consensuais para a situação: expressão facial compungida, ausência de sorriso, aperto forte de mão, abraços razoavelmente demorados, mas delicados, passos lentos e postura comedida.

4) *Complementação da linguagem.* Esse tipo de função é bastante freqüente e refere-se a um contexto social em que a mensagem verbal é complementada pela não verbal. Por exemplo, movimentos circulares do indicador na altura da têmpora, complementam a verbalização “você é meio...”, traduzindo-se o complemento por “amalucado”.

5) *Contradição da linguagem.* Não se trata de idiosincrasia do comportamento nem de desajuste entre verbal e não verbal, mas de um tipo particular de comunicação na qual a fala não deve ser levada em consideração, buscando-se o significado ape-



nas no gesto. Muito freqüentemente essa comunicação ocorre em situação de brincadeira ou de ironia: diz-se “o salário está ótimo”, enquanto se faz um gesto com o polegar para baixo (indicando o contrário). Em alguns casos esse tipo de mensagem é utilizado com o propósito de amenizar uma ameaça explícita na linguagem. Por exemplo, fazer acompanhar de um ligeiro sorriso a fala “espero que isso não ocorra outra vez” pode diminuir o excesso de desconforto do interlocutor e, com isso, reduzir a probabilidade de algum revide por parte dele.

### **3.2. Componentes não verbais das habilidades sociais**

As possibilidades de classificação dos componentes não verbais são amplas e incluem uma grande variedade de itens. Aqui serão tratados os mais comumente estudados na literatura, embora outros (como automanipulações e movimentos de pernas e de braços) possam também ser críticos em muitas situações interpessoais.

#### *3.2.1. O olhar e o contato visual*

A visão, dentre os sentidos, é o de maior complexidade, tendo sido o último a se desenvolver. Os olhos são considerados (Hall, 1977) o principal instrumento do homem para a captação de informações e para o reconhecimento de seu ambiente físico e social, além de sua grande importância na transmissão de informações e no dar-se a conhecer. Um olhar pode comunicar diferentes disposições: manter o interlocutor à distância, encorajá-lo a se aproximar, puni-lo, estabelecer cumplicidade, além de muitas outras.

A forma como o olhar é utilizado na comunicação é grandemente influenciada pela cultura. Hall (1977), por exemplo, descreve as diferenças entre o inglês e o norte-americano no comportamento de prestar atenção à fala do interlocutor: o primeiro fixa o olhar mais freqüentemente, e o segundo, ao contrário, não olha fixamente ou olha alternadamente cada olho do interlocutor.



Supõe-se que o comportamento de olhar seja um forte indicativo de atenção à fala do interlocutor, mesmo na ausência de contato visual. Embora numa comunicação verbal se considere a pessoa que olha mais como mais persuasiva e segura, o olhar fixo pode produzir resultado intimidador. De qualquer modo, em geral (conforme Argyle, 1967/1994) quando duas pessoas conversam, olham-se intermitentemente nos olhos, mas a que fala escuta aproximadamente o dobro, com olhares mais demorados do que a que ouve. Outros dados obtidos por Argyle são também ilustrativos da importância do olhar durante as interações sociais:

- as pessoas olham mais ao final de suas falas do que no início;
- as pessoas tendem a dirigir mais o olhar para a metade superior do rosto do interlocutor do que para a inferior;
- o olhar é evitado quando o interlocutor apresenta vacilações ou pausas no meio de suas frases;
- o olhar é mais freqüente naquele que vê mas não pode ser visto pelo interlocutor;
- as pessoas que olham mais também empregam olhares mais prolongados, e as que olham com menor freqüência mantêm um menor tempo de contato visual;
- os pares do mesmo sexo olham-se mais que os do sexo oposto;
- as mulheres olham mais para o interlocutor de que gostam enquanto elas próprias falam; diferentemente, os homens olham mais para interlocutores que apreciam enquanto os ouvem.

A maior parte desses achados foi obtida por Argyle e seus colaboradores, em laboratório, na Universidade de Oxford, e pode não ter uma correspondência pontual em outras culturas como, por exemplo, a brasileira. Longe de negar o valor heurístico dessas pesquisas, esta ressalva aponta para a importância de estudos transculturais sobre a temática.



Além da topografia do olhar, que pode sinalizar diferentes sentimentos num episódio interativo, como desejo de intimidade, indiferença, amizade, admiração e desprezo, também a modificação no tamanho na pupila é um meio de expressão de sentimento. Esse fenômeno tem sido designado como “dilatação pupilar” e ocorre de maneira não consciente, sendo também “captada” de forma não consciente. Ao que tudo indica, nas comunicações onde existem o desejo sexual e outros sinais de satisfação e interesse, as pupilas dos interlocutores tendem a se dilatar. Pupilas mais contraídas sinalizam indiferença ou redução na excitação.

### 3.2.2. *O sorriso*

Diferentemente dos olhos, no que diz respeito à contração pupilar, o sorriso é utilizado intencionalmente pelos indivíduos nas relações sociais. Numa perspectiva etológica (Otta, 1994) o sorriso teria uma função expressiva, regulativa e adaptativa. Às vezes é usado para camuflar emoções, atitudes e até comportamentos futuros.

Nossa cultura consagrou algumas expressões para identificar diferentes tipos de sorriso, como: “o sorriso amarelo”, indicador de desapontamento ou de que alguém foi pilhado fazendo o que não devia; “o sorriso cínico”, desvelador de indivíduo mordaz ou mal intencionado; o “sorriso maroto”, indicativo de esperteza; “o sorriso malicioso”, referente ao indivíduo que expressa intenção de conquistar, de seduzir.

Os dados de pesquisa sobre esse componente mostram que o sorriso pode estar associado à habilidade de expressar sentimentos de amizade (Argyle, 1981), mas que não é, necessariamente, indicativo de competência social. Por exemplo: Trower (1980), comparando grupos de alta e baixa competências sociais, encontrou que o primeiro sorria menos do que o segundo. Entretanto, tais dados devem ser vistos com cautela, pois podem depender de diferentes fatores, tais como subcultura grupal, idade e sexo.



Dentre os vários comportamentos que fazem parte do ritual social, como o aperto de mão, a saudação verbal e a proximidade, o sorriso é considerado o mais importante. A sua ausência é motivo de preocupação nos episódios sociais entre amigos, curiosidade entre conhecidos e crítica nos encontros entre estranhos.

### 3.2.3. *A expressão facial*

A expressão facial é um importante componente não verbal das habilidades sociais, principalmente porque conjuga os olhos, a boca e as sobrancelhas. Durante o episódio interativo, o rosto se transforma no principal instrumento de comunicação das emoções. Além disso, é a parte do corpo em que mais se olha, objetivando-se descobrir as intenções do outro, se ele é coerente e sincero ou, ao contrário, falso e contraditório. O rosto possui uma plasticidade incrível, devido à sua complexa rede de músculos, podendo produzir uma grande quantidade de expressões. Tais expressões (Argyle & Trower, 1981, p. 8) “consistem, principalmente, em diversas posições das sobrancelhas, nas modificações de expressões dos olhos, no movimento dos globos oculares e em algumas mudanças das posições da boca”.

Embora nem todos os homens e nem todas as mulheres possuam rostos tipicamente masculinos e femininos, a identificação do sexo freqüentemente é obtida através de exame no rosto da pessoa. Olhar o rosto possibilita também a identificação da idade e até mesmo a verificação da intenção do outro (Argyle & Trower, 1981). Ao sentirmos vergonha, raiva, tristeza ou alegria, evidenciamos esses sentimentos em nossas faces através de palidez, rubor, choro, sorriso ou movimentos de sobrancelhas e olhos, que são sinais percebidos e interpretados nas interações sociais.

Supõe-se a existência de seis emoções universais básicas comunicadas e reconhecidas através da expressão facial: alegria, medo, raiva, tristeza, surpresa e nojo. Durante muito tempo dois pesquisadores, com posições opostas, polemizaram a respeito do caráter universal das emoções: Ray Birdwhistell e Paul Ekman. Atualmente as evidências apontam em direção à posição defendida por Ekman (Ekman & Friesen, 1971; Ekman, Friesen,



O'Sullivan & Scherer, 1980) sobre a universalidade das emoções, embora ele reconheça “regras demonstrativas” (Davis, 1979) que definem quais expressões são adequadas para as diferentes situações. Não obstante a universalidade das emoções, a sua expressão mantém estreita relação com a cultura: “brasileiros, americanos, japoneses e nativos da Nova Guiné manifestam as emoções básicas com as mesmas expressões, mas as regras de exibição que determinam quando, como e com relação a quem uma expressão emocional deve ser exibida podem variar de cultura para cultura” (Otta, 1994, p. 74).

No Brasil, considerando as suas diversas matrizes étnicas e a extensão de sua territorialidade, pode-se observar diversas formas de emoção através da expressão facial. A forma mais significativa que recordamos neste momento, principalmente por termos durante muito tempo convivido com essas culturas, reside na expressão de carinho no Nordeste e no Sudeste. No Nordeste, solicita-se e oferece-se “um cheiro”, que consiste em encostar uma das faces na face da outra pessoa, tocando-a levemente com o nariz, produzindo simultaneamente o ruído característico de inspiração de ar. No Sudeste, e também em outras regiões, solicita-se e oferece-se o beijo em uma das faces, nas duas ou os “três beijinhos”, de acordo com as características e intimidade do interlocutor.

#### *3.2.4. A gestualidade*

Para Wundt (1973, p. 148-149) a comunicação gestual é “um espelho fiel do homem na totalidade de suas aquisições psíquicas”. De fato, a gestualidade soma-se à comunicação verbal, traduzindo, contradizendo, confirmando ou negando o que se diz. A título de exemplificação pode-se dizer que a Psiquiatria e a Psicologia Clínica se valem da observação da gestualidade para refinarem o diagnóstico das pessoas portadoras de problemas psíquicos.

A gestualidade se localiza principalmente nos movimentos das mãos, da cabeça, pernas e pés. Na interação social face a face existem gestos não intencionais e outros, exibidos pelos parceiros



da interação, buscando comunicar algo. Para Ekman e Friesen (1974, citado por Caballo, 1993), os gestos podem ser classificados como:

1) *Emblemáticos*. São gestos cuja simbologia é de compreensão restrita ao grupo ou comunidade onde ele é utilizado. Alguns gestos emblemáticos substituem o comportamento verbal, podendo-se exemplificar com o sinal de vitória (os dedos na posição de "V"), de boa sorte (a "figa", com polegar entre o indicador e o médio), de concordância (mão fechada com o polegar para cima), de satisfação ou aplauso (palmas) e de desaprovação (cabeça movendo-se horizontalmente de um lado para outro). A linguagem de sinais utilizada pelos surdos é um exemplo típico de comunicação não verbal emblemática, que consiste num sistema de códigos ou símbolos, utilizando-se principalmente as mãos para sua expressão.

2) *Adaptadores*. Consistem de manipulações do próprio corpo, objetivando controlar e manejar as emoções ou satisfazer necessidades durante os contatos sociais. Geralmente são mais utilizados em episódios sociais estressantes como, por exemplo, quando se é repreendido. Alguns exemplos típicos são: tamborilar os dedos sobre a mesa, bater as mãos no joelho, fechar os olhos, cerrar os lábios, aproximar-se ou afastar-se do interlocutor, coçar-se, levar as mãos seguidamente à boca ou morder os lábios.

3) *Reguladores*. São os gestos cuja função é controlar e regular a interação. Indicam, ao interlocutor, o que deve fazer na interação: falar mais baixo, mais alto, mais rápido, interromper-se ou ceder a vez. Em uma situação de reunião ou assembléia, levantar um dos braços tem a finalidade de solicitar a palavra; em um jogo, o dedo indicador de uma mão colocado sob a palma da outra indica solicitação de interrupção ("pedir tempo"). Esses gestos são, em sua maioria, convencionados em determinados grupos culturais, mas existem os que, embora não convencionados, calibram ou regulam as interações sociais.

4) *Ilustradores*. Esses gestos acompanham a comunicação verbal e se relacionam diretamente com o conteúdo de sua men-



sagem. Em geral os gestos ilustradores são realizados através das mãos e braços. Neste, como em outros casos, os gestos relacionam-se bastante com a cultura e a subcultura grupal. No Brasil, os cariocas parecem utilizar mais gestos expressivos, enquanto gaúchos e paulistas seriam mais comedidos. Exemplo de gestos ilustradores são os que representam formatos (movimento indicativo de “violão” para referir-se a um corpo de mulher), tamanho (as mãos distanciadas entre si para indicar o tamanho do objeto) e movimento (uma das mãos com a palma para cima movendo-se em direção ao pulso, para designar velocidade, junto da fala “vem logo, rápido”).

### 3.2.5. *A postura corporal*

A postura corporal, grosso modo, pode ocorrer em três posições mais comuns: em pé, sentado ou agachado e deitado. As posturas em pé ou sentado são as mais freqüentes nas situações sociais. A posição agachada ou “de cócoras”, em intercâmbios sociais, é pouco utilizada no Ocidente, sendo mais comum no Oriente, entre os árabes e hindus. No Brasil, nas regiões norte e nordeste, as pessoas permanecem de cócoras em longas conversações. Observamos essa postura nas feiras públicas e em várias localidades do interior dos estados de Pernambuco, da Paraíba, do Rio Grande do Norte e do Ceará.

Embora a postura corporal seja aparentemente a mais fácil de se observar, também ela possui certas nuances que escapam ao observador não treinado. Uma dessas é a repetição, que consiste na ressonância das posições adotadas por uma pessoa em relação ao interlocutor. Duas pessoas podem adotar a mesma postura, por exemplo, sentando-se da mesma forma, cruzando as pernas de modo que a direita fique sobre a esquerda e as mãos cruzadas sobre o colo. Argyle e Trower (1981) chamam esse fenômeno de “resposta de correspondência”, supondo que ocorra geralmente de forma inconsciente. Quando percebido, pode causar incômodo, levando um ou ambos os interlocutores a mudarem sua postura.



Algumas posições, ou mudanças nelas, podem ser captadas pelo interlocutor, na situação social, como sinal de interesse, deferência, amizade, aborrecimento ou aversão. Alberti e Emons (1978) e Lange e Jakubowski (1976) apontam, em seus estudos, para a importância da posição e de suas mudanças na comunicação de diversos sentimentos. Del Prette (1982; 1985a; 1985b) treinou adolescentes a expressarem interesse, acordo e desacordo em entrevistas de solicitação de emprego. Os próprios adolescentes descreveram suas posturas iniciais como expressando “ausência de motivação”, “timidez” e “desinteresse”. Embora outros aspectos do desempenho, como a explicitação de objetivos, a clareza da fala, dentre outros, tenham sido treinados, considerou-se bastante significativa a aprendizagem de novas posturas para o sucesso da solicitação de emprego.

### *3.2.6. Os movimentos com a cabeça*

Não obstante a visibilidade dos movimentos realizados com a cabeça, o número de informações que podem ser transmitidas é bastante limitado. Isso não significa que esses movimentos não sejam importantes numa conversação. As principais mensagens associadas aos movimentos de cabeça em nossa cultura são: o assentimento (movimentos verticais) e a discordância ou negação (movimentos horizontais), mas utiliza-se o balançar de cabeça também por ironia e comiseração (quase sempre associada a expressões verbais do tipo “não tem mesmo jeito”, para a primeira situação, e “coitado!”, para a segunda). Esses movimentos, quando realizados no início da fala do interlocutor, servem de incentivo ou de punição, facilitando ou dificultando o desempenho do outro. Embora sejam encontrados em todas as culturas, Trower et al. (1978) reconhecem que seus significados variam bastante, particularmente entre o Ocidente e o Oriente. Em estudo recente e curioso, Axtell (1994) mostra que os mesmos gestos expressam diferentes sentidos. Por exemplo, movimentos horizontais de cabeça, sinal de discordância entre nós, são interpretados como concordância no Irã, Turquia, Grécia e Bulgária.



### 3.2.7. *O contato físico*

O contato físico é um tipo de comunicação que se dá através do tato, sendo às vezes utilizado sem que outras pessoas próximas se dêem conta. Intensidades diferentes de contato podem sinalizar diferentes emoções, como amizade, desejo e solidariedade, mas o significado desses sinais se altera em diferentes culturas. A partir da década de 70, quando se estreitaram os contatos entre o oeste da Europa e os Estados Unidos com a extinta União Soviética, os ocidentais se surpreenderam ao verificar que os homens soviéticos se cumprimentavam efusivamente beijando-se na boca. Essa convenção social não existe entre nós.

Não são muitos os contatos físicos permitidos pelo convencionalismo social: apertar as mãos, beijar levemente as faces (entre recém-conhecidos faz-se o movimento de aproximação das faces, evitando-se o ruído e o toque), abraçar (sem muita proximidade corporal), tocar com uma das mãos o antebraço do outro quando caminham juntos, oferecer o braço para apoio ao descer escadas ou caminhos íngremes e gestos similares. Esses contatos são sinais de boas maneiras, deferência e cortesia, e não se confundem com manifestações de carinho e amizade. Em nossa cultura, por exemplo, quando uma relação social controlada pelas regras sociais evolui para uma amizade, os dois beijos nas faces são substituídos por um único beijo em uma das faces. Quando uma pessoa quer manter a relação dentro dos códigos formais, ao invés de oferecer a face para o beijo, estende a mão para o cumprimento.

Não obstante alguns contatos físicos convencionais se repetirem na amizade e mesmo no namoro, algumas diferenças são facilmente reconhecidas pelos interlocutores. Certa pressão no aperto de mão, uma relativa demora no cumprimento, o soltar suave das mãos (como que tentando retê-las mais um pouco), o beijo mais demorado na face, o roçar das costas da mão, o colocar-se mais de lado para o abraço ao invés da posição frontal, seguida de outros sinais, como, por exemplo, a procura do con-



tato visual, indicam um interesse diferenciado da relação social convencional.

### *3.2.8. A distância/proximidade*

O estudo da distância e proximidade nas relações humanas é tão importante que justificou a criação de uma ciência, a proxêmica, definida por Hall (1977, p. 171) como o “estudo da estruturação inconsciente do microespaço humano”. Uma das preocupações de Hall é a identificação dos vários tipos de relações (aceitáveis ou repulsivas) que se formam entre pessoas de diferentes culturas. O espaço imaginário que a pessoa cria ao seu redor e que pode definir sua proximidade e distanciamento do outro, conforme defende Hall, é uma noção que tem correspondência na Psicologia Topológica de Lewin (1973), através da noção de espaço vital.

A proxêmica, como estudo do espaço, está associada à cronêmica, que tem como objeto o tempo. Espaço e tempo são, além de questões da Física, elementos que se utilizam na comunicação. Cedo, tarde, agora, depois, acolá, ali, longe e perto são conceitos de espaço e de tempo próprios da cotidianidade. Algumas expressões comuns em nossa cultura são signos indicativos de comportamentos e atitudes que temos nas relações sociais: “cada macaco no seu galho” significa que devemos reconhecer nosso lugar; “no meu terreiro quem canta de galo sou eu” indica uma dominância territorial ou, em outras palavras, a não-permissão de interferência alheia em questões pessoais; “meu pedaço”, “vamos invadir sua praia” e “bebê a bordo” são outras formas comunicativas com diferentes significados em relação a uso do espaço.

Os padrões proxêmicos variam enormemente da cultura ocidental para a oriental e também entre as subculturas ocidentais. Hall supõe quatro zonas de distância, conforme o quadro a seguir.



Quadro 5.2. Padrões de comportamento conforme as zonas de distância psicológica (baseado em Hall, 1977)

<b>ZONAS PROXÊMICAS</b>		
<b>Zona de distância</b>	<b>Tipo de contato</b>	<b>Distância</b>
Íntima	O contato físico ocorre através de qualquer movimento do tronco, cabeça, mãos, com percepção de odores e de calor. É a distância que se mantém dos nossos familiares, namorados, esposos e filhos.	Zero a 0,50m
Pessoal	Proximidade não ao alcance da mão. Não ocorre transmissão de calor e odores. As pessoas se observam facilmente e a voz em tom baixo é audível. Pode haver contato físico ocasional. É a distância que se mantém dos amigos e conhecidos mais próximos.	0,50m a 1,20m
Social-consultiva	Não há contato físico, exceto os convencionais. Existe contato visual e a voz apresenta-se em tom normal, mas reduz-se a possibilidade de observar detalhes do comportamento da outra pessoa. Essa distância está associada à situação profissional de consulta onde os interlocutores estão separados por balcões ou mesas.	1,20m a 2,70m
Pública	O contato visual entre os interlocutores é mínimo, a voz é alta mas não em pleno volume, geralmente formal, detalhes sutis de olhos e pele não são mais visíveis. Distância mantida em situações de conferências e outras apresentações públicas.	2,70 a ...

A tolerância à proximidade depende de vários fatores, como a densidade grupal, o contexto (festa popular, religiosa, jogos etc.) e os papéis sociais vivenciados. De qualquer maneira, quando experienciando muita proximidade com estranhos (por exemplo, em ônibus, metrô e elevadores), as pessoas adotam estratégias para aumentar a distância até um ponto menos des-



confortável: mantêm-se imóveis ou com pouca mobilidade, evitam contatos visuais (permanecem olhando o infinito) e, se tocadas, retesam os músculos.

#### 4. COMPONENTES COGNITIVO-AFETIVOS

É amplamente aceito na Psicologia que o comportamento é afetado pelas conseqüências que produz. O movimento cognitivista, porém, acrescenta (Rangé, 1997, p. 22) que “afeto e comportamento são determinados pelo modo como o indivíduo estrutura o mundo”. As cognições (fala encoberta de diversos tipos, como a avaliativa, a descritiva, a representativa e a evocativa) associam-se a ou medeiam emoções e comportamentos. Essa vertente está concretamente presente no THS (e também no próprio conceito de habilidades sociais, em sua dimensão pessoal), possivelmente mais do que em outras abordagens terapêuticas.

O comportamento social é afetado pelos sentimentos e cognições que o indivíduo elabora: a) sobre seu interlocutor (classe social, competência, intenção, atratividade, entre outros); b) sobre a situação social (ao longo de diferentes dimensões como estressante/tranquila, favorável/desfavorável, formal/íntima); c) sobre seus próprios comportamentos e conseqüências dos mesmos na situação, com base em experiências e conhecimentos prévios ou imaginários (imagem positiva ou negativa, otimismo ou desamparo e capacidade ou incapacidade para lidar com a situação). Tais considerações parecem estar de acordo com a posição de McFall (1982, p. 24) ao considerar que “a habilidade da pessoa para regular suas atividades psicológicas pode ter um papel significativo nas interações sociais e influenciar julgamentos sobre sua competência social”.

Os principais componentes cognitivos das habilidades sociais são: conhecimentos prévios (sobre a cultura e o ambiente, sobre os papéis sociais e sobre si próprio), expectativas e crenças (planos e metas, valores, padrão de realização, estereótipos, autoconceito, auto-eficácia/desamparo e estilos de atribuição) e estratégias e habilidades de processamento (decodificação, reso-



lução de problemas, auto-observação, auto-instrução e empatia). Esses componentes serão examinados a seguir.

#### 4.1. Conhecimentos prévios

É bastante significativa a influência do conhecimento prévio sobre o êxito no desempenho de qualquer tarefa, inclusive aquelas de caráter social. O conhecimento prévio sobre uma determinada situação, e sobre como as pessoas se comportam nela, pode facilitar vários aspectos do desempenho social, tais como: a) discriminação da ocasião para uma resposta; b) seleção de um tipo particular de comportamento mais provável de ser aceito pelo outro; e c) identificação de comportamentos que não devem ser emitidos.

##### 4.1.1. Cultura e ambiente

Vimos anteriormente que a cultura modela muitos comportamentos que podem se tornar normativos. Embora existam normas gerais para os desempenhos interpessoais, semelhantes em diferentes contextos culturais, cada grupo social acaba desenvolvendo algumas normas particulares típicas. Assim, grande parte das normas que regulam a forma como as pessoas se comportam, seus hábitos e valores em grupo, são provenientes da subcultura do pequeno grupo a que pertencem: família, contexto de trabalho ou vizinhança.

As normas podem ser explicitadas através de códigos escritos ou transmitidas pela tradição oral. Uma norma também pode ser inferida observando-se como as pessoas se comportam. Quebrar pratos após um jantar é um comportamento típico, aceito e aconselhado em alguns restaurantes gregos, mas seria mal interpretado em uma *trattoria* italiana ou em um restaurante francês. Endler, citado por Caballo (1996, p. 753), oferece uma distinção muito interessante para ambiente e situação: “o ambiente é o contexto ou o ‘pano de fundo’ geral e persistente no qual ocorre o comportamento, enquanto a situação é o ‘pano de fundo’ momentâneo e passageiro”. Aceitando tal conceituação podemos dizer que em ambiente razoavelmente permanente po-



dem ocorrer várias situações, e se as pessoas não discriminarem essas mudanças, ou seja, se mantiverem os mesmos comportamentos de situações anteriores, encontrarão dificuldades no relacionamento interpessoal. Para Argyle, Furnham e Graham (1981), cada ambiente físico possui variáveis (cor, ruído, iluminação, umidade) que podem alterar o comportamento das pessoas quando eles variam em seus extremos. Enquanto o ambiente reflete o contexto físico e temporal em que a interação ocorre, a situação é carregada de elementos sociais, próprios da cultura (conforme já definida no capítulo 4).

#### 4.1.2. Papéis sociais

Embora os papéis sociais possam ser negados, reificados e reestruturados (A. Del Prette, 1991; 1995), a sua compreensão é importante para o desempenho social competente. O papel social pode ser visto como um conjunto de comportamentos derivado da posição que um indivíduo ocupa em um grupo social. O estudo sobre os papéis sociais é bastante antigo na Psicologia, com pesquisas localizadas em diferentes áreas, como a da facilitação social, a da influência social e a da formação de grupo. Interessam ao THS especialmente as relações do papel social, com expectativa, cultura, avaliação de auto-eficácia e desempenho social. No cotidiano as pessoas vivenciam diferentes tipos de papel, como o de profissional, de pai ou mãe, de filho ou de associado a um clube. Em muitas interações sociais, especialmente naquelas que ocorrem em grupo, pode ser importante identificar quais os papéis que as pessoas estão vivenciando. Tal identificação permite “calibrar” nossas respostas a certas características, como formalismo *versus* informalismo, proximidade *versus* distanciamento, loquacidade *versus* mutismo, seriedade *versus* descontração e muitas outras.

#### 4.1.3. Autoconhecimento

O conhecimento de si mesmo vai além da capacidade de auto-observar-se, ou seja, descrever os próprios comportamentos e contexto onde eles ocorrem e as conseqüências mediadas pelo ambiente social (Jonas, 1997). Essa habilidade, embora im-



portantes, não preenche todos os requisitos de uma noção mais ampla de autoconhecimento. O conhecimento dos próprios comportamentos deve envolver a capacidade de avaliá-los em relação às demandas próprias do ambiente e de monitorar o desempenho. Em outras palavras, é necessário conhecer possíveis déficits ou excessos no próprio desempenho para se ajustar às demandas das situações sociais. Pode-se acrescentar, ainda, como requisito do autoconhecimento, as habilidades de identificar as próprias emoções, os comportamentos a elas relacionados, os valores subjacentes e as auto-regras.

## 4.2. Expectativas e crenças

As expectativas de uma pessoa referem-se às suposições que tem sobre as conseqüências (favoráveis ou desfavoráveis) de seus próprios comportamentos. Por exemplo, se esperamos receber atenção positiva ao contar uma anedota, isto nos animará a realizar tal empreendimento. Ao contrário, se a expectativa for a de que ninguém se interessará pela história, então é provável que não a contemos. Caballo e Buela (1989) verificaram que existe uma relação estatisticamente significativa entre pensamentos negativos e baixa habilidade social. Pode-se dizer que as crenças e as expectativas influem consideravelmente no comportamento. A força das crenças e expectativas sobre o comportamento da pessoa pode ser exemplificada pela célebre pesquisa de Rosenthal e Jacobson (1968) sobre profecias auto-realizadas: professores foram informados de que algumas crianças possuíam QI superior e outras QI inferior à média e, a partir daí, começaram (inconscientemente) a se comportar diferentemente em relação a esses dois grupos, contribuindo com isso para seu melhor desempenho escolar, o que confirmou, retrospectivamente, a expectativa inicial.

### 4.2.1. Planos e metas

Na perspectiva de processamento de informação (Mischel, 1973), o desempenho social é entendido como um comportamento proposital, controlado também pelos objetivos e metas



que o indivíduo se coloca e pelos padrões de realização que estabelece na consecução de objetivos.

Argyle (1967/1994) exemplifica alguns dos objetivos mais freqüentemente estabelecidos nas interações sociais, como: transmitir conhecimentos, informações ou compreensão (ensino); obter informações (entrevista); mudar atitudes, comportamentos ou crenças (vendas, ações disciplinares, uso do humor); mudar características pessoais do outro (psicoterapia, educação), executar atividades cooperativas (a maior parte dos trabalhos que envolvem várias pessoas).

Em relação aos padrões de realização, um nível de exigência muito alto geralmente dificulta a consecução dos objetivos, com repercussões negativas sobre a auto-estima. Estabelecer objetivos realísticos e adequar expectativas de realização compatíveis com as próprias habilidades e com as condições impostas pela situação constitui, em si mesmo, uma habilidade sociocognitiva importante na caracterização da competência social do indivíduo.

Considerando-se os critérios para a avaliação da competência social (capítulo 4), a atribuição de competência ao indivíduo depende não apenas da consecução dos objetivos e metas, mas também do tipo de objetivos e metas por ele estabelecidos a curto e a médio prazos. Esses critérios trazem, de certo modo, uma referência ética aos planos e metas, pois os objetivos devem contemplar também a manutenção ou melhoria da relação com o outro, a busca de equilíbrio nas relações interpessoais e a defesa dos próprios direitos e dos de outrem. Esses critérios se impõem como um contraponto necessário a uma noção simplista, instrumental e egocêntrica de habilidades sociais.

#### *4.2.2. Estereótipos*

A análise de Tajfel (1982, p. 160) conceitua estereótipo como “uma imagem mental hipersimplificada de uma determinada categoria de indivíduos, instituição ou acontecimento”. Interessa-nos no presente momento a questão do estereótipo no contexto das relações interpessoais. O estereótipo pode se constituir de uma concepção (“imagem”) própria de um único



indivíduo, mas também pode tornar-se social, quando essa imagem é compartilhada por um grande número de pessoas. O estereótipo, como um processo cognitivo, tem a função de simplificar ou sistematizar a complexidade de estímulos do meio ambiente, visando a adaptação cognitiva e comportamental dos indivíduos.

Pode ocorrer, também, que a formação desse processo cognitivo seja secundada por valores negativos ou positivos que resultarão numa atitude pró ou contra o objeto (preconceito). Nesse caso, o estereótipo acentuará as diferenças dos indivíduos de grupos sociais minoritários, influenciando, então, significativamente as relações sociais. Davis (1979) relata uma pesquisa com estudantes universitários que recebiam a incumbência de conversar com uma pessoa colocada em determinada sala. Às vezes se dizia que essa pessoa era epilética e outras não. Quando o universitário acreditava que a pessoa era epilética, invariavelmente sentava-se mais distanciado dela. Esse exemplo pode explicar muitas interações em que um dos parceiros afasta-se, evita ou trata mal seu interlocutor. O estereótipo pode viesar a interpretação da situação e do comportamento de outrem, prejudicando o desempenho na medida em que este passa a ser orientado por uma avaliação equivocada das demandas da situação.

#### *4.2.3. Autoconceito*

O autoconceito é um produto da experiência do indivíduo e pode ser entendido em termos de como ele define a si mesmo. Para tanto, o indivíduo utiliza-se de dois processos cognitivo-afetivos associados: a auto-imagem e a auto-estima. A auto-imagem refere-se à forma avaliativa como o indivíduo representa-se a si mesmo, quase sempre em valores dicotômicos (bonito/feio, saudável/doente, simpático/antipático, tímido/extrovertido, satisfeito/insatisfeito...), e a auto-estima é indicadora do sentimento (ao longo da dimensão positivo-negativo) resultante dessas avaliações.

Para Bower e Bower (1977, p. 26), a pessoa “evoca seu autoconceito quando faz uma predição sobre o resultado de seu desempenho”. Pessoas com uma imagem predominantemente



negativa de si mesmas, e conseqüentemente com baixa auto-estima, podem sentir-se deprimidas e evitar o contato social ou podem refletir essas cognições e sentimentos em seu desempenho, prejudicando a própria competência social.

#### *4.2.4. Auto-eficácia e desamparo*

Bandura (1986) dedica um longo capítulo à questão da auto-eficácia. Começa por definir eficácia em lidar com o ambiente como “uma capacidade geradora na qual as sub-habilidades cognitiva, social e comportamental devem ser organizadas em curso integrado de ação para servir a inúmeros propósitos” (Bandura, 1986, p. 391). Já auto-eficácia é entendida como o julgamento do indivíduo sobre sua capacidade de organizar e executar os cursos de ação requeridos para atingir certo padrão de desempenho. O autor diferencia, portanto, eficácia pessoal (auto-eficácia) de expectativas de resultado do desempenho: a primeira refere-se ao julgamento sobre a própria capacidade de apresentar um certo padrão de desempenho, e a segunda, ao julgamento das conseqüências prováveis de tal desempenho.

Não é difícil inferir que a crença na auto-eficácia (confiança) pode ser abalada se o desempenho não obtiver resultados satisfatórios. No entanto, alguns estudos (Locke, Frederick, Lee & Bobko, 1984; Schunk, 1984) mostraram que a crença na própria eficácia é um determinante importante do desempenho e opera, parcialmente, de forma independente das habilidades subjacentes a este conceito. Indivíduos confiantes (Seligman, 1990) são persistentes e acabam criando mais ocasiões de obterem conseqüências positivas para seus comportamentos, fortalecendo habilidades interpessoais. Evidentemente, de um lado isso fortalece a persistência, e, de outro, aumenta a resistência à frustração.

Já o desamparo foi longamente estudado por Seligman e colaboradores (Seligman, 1977; 1990; Peterson & Seligman, 1986). O desamparo constitui um estado em que a pessoa deixa de confiar na possibilidade de que seu comportamento produza algum efeito desejável, levando tanto à desistência do comportamento como a um desempenho insatisfatório. Em seus graus



extremos, o desamparo constitui um dos principais sintomas da depressão (ver capítulo 9). Para Seligman, indivíduos deprimidos tendem a manifestar déficits de habilidades sociais e relações interpessoais empobrecidas, enquanto indivíduos não deprimidos avaliam-se como socialmente competentes.

### **4.3. Estratégias e habilidades de processamento**

Conforme Morrison e Bellack (1981), o indivíduo não pode apresentar um desempenho eficaz se não recebe e processa adequadamente os estímulos interpessoais relevantes. A literatura corrente da área de THS examina os componentes cognitivos com ênfase nos diferentes processos como, por exemplo, os de codificar, decidir e escolher (McFall, 1982), o de percepção social (Argyle, 1984), o de solução de problemas (D'Zurilla, 1988) e o de auto-eficácia (Bellack, 1979). Neste texto preferimos, para facilitar a compreensão, adotar o esquema classificatório que se segue, buscando contemplar os conteúdos básicos dessas referências e de outras correlatas.

#### *4.3.1. Leitura do ambiente social*

Argyle (1981) tece várias considerações sobre a habilidade de leitura do ambiente social, cujo canal base localiza-se na visão. Muitas das dificuldades interpessoais são decorrentes de uma falha nessa leitura. Um desempenho social bem-sucedido envolve uma discriminação acurada de como o outro se comporta, de como deve ser o próprio comportamento e se este deve ou não ocorrer (Z. Del Prette & A. Del Prette, 1996a). Essa discriminação implica no reconhecimento e na decodificação dos sinais presentes na situação social, particularmente aqueles associados às mensagens verbais e não verbais dos interlocutores.

A leitura do ambiente social é um componente cognitivo aprendido, que se relaciona com as capacidades de atenção (olhar, reconhecer) e de seguimento de instruções. Um exemplo ilustrativo é o da criança que procura o pai para lhe solicitar aumento na mesada, mas ao abordá-lo observa seu semblante



“preocupado ou severo” e seus gestos que denotam irritação. Fazendo a leitura desses sinais, a criança, muito espertamente, dirige a conversa para outro assunto (por exemplo, futebol, viagem ou outro de interesse de seu pai), avaliando, então, se deve ou não tocar no assunto da mesada.

#### *4.3.2. Resolução de problemas*

Com a ampliação da área de THS (ver capítulos 1 e 2), vários pesquisadores incluíram a resolução de problemas como um componente importante a ser desenvolvido pelos programas de treinamento (McFall, 1982; Sarason & Sarason, 1981). Conforme Hidalgo e Abarca (1992, p. 78) “um problema é uma situação de vida que requer uma resposta para uma solução na qual a pessoa não possui, de forma imediata, uma resposta efetiva”. Os problemas surgem a partir da demanda da situação ou de demandas pessoais (metas ou compromissos). A resolução de problemas pode ser definida como um processo integrado, comportamento-cognição-afeto, “através do qual um indivíduo (ou grupo) procura identificar, descobrir e criar meios adaptativos e efetivos para enfrentar os problemas que encontra na vida diária” (D’Zurilla, 1988, p. 86).

Examinando-se o modelo de D’Zurilla (1988) pode-se dizer que a resolução de problemas é um componente complexo, que inclui outras habilidades cognitivo-afetivas, tais como: discriminação e definição do problema, formulação de estratégias de resolução do problema, avaliação de estratégias e escolha de uma estratégia ou curso de ação, entre outras.

#### *4.3.3. Auto-observação*

A auto-observação refere-se à capacidade de descrever a si mesmo em termos de pensamentos, sentimentos e ações. Ela possui importante papel no desempenho social competente, constituindo um pré-requisito para as habilidades de monitorar as próprias ações e alterá-las em função das demandas e consequências presentes ou prováveis na situação. Assim como outros componentes das habilidades sociais, este também é produto da aprendizagem, que pode iniciar-se na infância, sendo muito va-



lorizado pela comunidade verbal. Os pais ensinam seus filhos, ora colocando-se como modelos (“eu resolvi falando firme”, “pensei muito sobre o que você me disse”, “apertei a tecla X do computador”), ora exercitando essas habilidades através de solicitações (“como você resolveu isso?”, “o que você está sentindo?”, “o que você fez?”).

As auto-observações não são meras descrições; elas possuem um caráter valorativo e podem, portanto, refletir percepções seletivas, relacionando-se com o autoconceito. Pessoas com baixa auto-estima tendem a descrever mais seus comportamentos inapropriados ou pensamentos e sentimentos negativos. Segundo Caballo (1993), o excesso de preocupação com a auto-observação pode produzir ansiedade, dificultando relações sociais satisfatórias. Por outro lado, pessoas com déficits na habilidade de auto-observar-se encontram dificuldade para alterar suas cognições e comportamentos, requerendo um treinamento específico para isso.

#### *4.3.4. Auto-instrução*

A auto-instrução consiste de prescrições ou comentários feitos pelo indivíduo a si mesmo, que orientam, mantêm, intensificam ou interrompem seu comportamento. Esse processo pode ser encoberto (quando o indivíduo se instrui em pensamento) ou aberto (quando ele verbaliza em voz alta). Em ambos os casos, a fala dirigida a si próprio tem uma importante função reguladora do comportamento (Meichenbaum, 1981), e seu conteúdo está relacionado ao autoconceito. Tais conteúdos podem ser positivos (“utilizarei um tom de voz alto e firme”, “pedirei ao professor uma revisão de minha prova”, “fiz o que devia fazer”) ou negativos (“não vou conseguir falar no grupo”, “acho que meti os pés pelas mãos”, “meu argumento não vai convencê-lo”). Tanto um quanto outro são produtos da elaboração do indivíduo e resultantes da aprendizagem, principalmente através dos processos de modelação e de modelagem. Caballo e Buela (1989) verificaram que indivíduos com pouca competência social apresentavam mais autoverbalizações negativas do que aqueles considerados mais habilidosos.



#### 4.3.5. *Empatia*

Segundo Goleman (1995), o termo empatia foi usado pela primeira vez por Titchener, na década de 20, com o sentido de capacidade para perceber a experiência subjetiva de outra pessoa. Empatia, como a concebemos aqui, refere-se à capacidade de perceber o sentimento da outra pessoa e expressar a compreensão desse sentimento (Roberts & Stryer, 1996).

Pode-se dividir o processo empático em: a) escuta ativa (olhar outra pessoa, observar sua expressão facial e corporal, atentar para o que ela diz); b) identificar o problema ou tipo de emoção experimentada pelo interlocutor e c) expressar aceitação e apoio através de mensagens verbais, tais como: “compreendo como você se sente”, “sim, estou entendendo” e outras expressões semelhantes, e de mensagens corporais, como: aproximar-se, tocar levemente o braço do interlocutor e apresentar expressões congruentes com o sentimento identificado.

Os estudos observacionais com bebês mostram que desde os nove meses eles já são capazes de manifestar empatia quando vêem outras crianças chorando. Spivack e Shure (1982) referem-se a pessoas que possuem uma capacidade de perceber além do comportamento explícito e chegar a aspectos (possíveis problemas causais) que não são óbvios de imediato. No entanto, para algumas pessoas, não se trata da dificuldade em identificar sentimentos do interlocutor, mas sim em expressar-lhe a compreensão desse sentimento. Em outras palavras, tais pessoas possuem déficit de habilidades interpessoais para comunicar ao outro, de forma cálida e amistosa, o que percebem, colocando-se como ouvintes disponíveis e isentos de julgamento. Num programa de THS com estudantes universitários (A. Del Prette, Z. Del Prette & Barreto, no prelo) verificou-se, através de desempenho de papéis, que a maioria era capaz de perceber os sinais não verbais, tais como expressão de tristeza, inquietação e dúvida do interlocutor, mas sentia dificuldade em abordar o outro e falar sobre isso. Alguns, ao fazê-lo, comportaram-se de forma desajeitada, relatando desconforto. Os relatos dos participantes evidenciaram a efetividade do programa também em relação a alguns aspectos da empatia.



## 5. RESPOSTAS FISIOLÓGICAS

Por respostas fisiológicas pode-se compreender um conjunto de variáveis organísmicas que afetam ou são afetadas pelas situações interpessoais, significativas ou estressantes, tais como entrevistas de solicitação de emprego, encontros amorosos, debates em assembleias ou conversas com autoridades.

O esquema abaixo ilustra a relação entre as situações e essas variáveis.



Os principais componentes fisiológicos ativados nessas situações são: taxa cardíaca, respostas eletromiográficas (tensão/relaxação muscular), respiração, resposta galvânica da pele (sudorese) e fluxo sanguíneo. Esses componentes geralmente estão associados a uma série de emoções negativas, tais como: ansiedade, medo e fobia social.

Os componentes fisiológicos têm sido pouco estudados na literatura da área (Caballo, 1993) e os dados disponíveis mostram que a ausência desses sinais não implica, necessariamente, maior competência social. No entanto, os relatos clínicos (Alberti & Emmons, 1978; Lazarus, 1977; Linehan, 1984; Rimm & Masters, 1974; Rizzo, 1988; Wolpe, 1976) indicam que pessoas ansiosas geralmente apresentam dificuldades interpessoais. É provável que a emissão de sinais de ansiedade produza no interlocutor uma avaliação negativa da competência social do indivíduo, o que pode também influenciar negativamente a qualidade da interação.

Muitos programas de THS incluem unidades dedicadas ao ensino da discriminação da tensão e de estratégias de relaxamento.



As investigações nesse campo não parecem, no entanto, suficientes para conclusões seguras sobre as relações entre desempenho social e componentes fisiológicos das habilidades sociais.

## **6. OUTROS COMPONENTES**

Nesta parte iremos tratar de dois componentes que não foram classificados com os demais, por não se tratarem propriamente de comportamentos. Trata-se de características pessoais-culturais, que aqui incluímos porque têm peso considerável nas relações interpessoais: a atratividade física e a aparência pessoal.

### **6.1. Atratividade física**

Na Psicologia Social o interesse pela atratividade é anterior ao aparecimento dos primeiros manuais dedicados inteiramente a essa disciplina. Alguns estudos (Glasgow & Arkowitz, 1975; Lipton & Nelson, 1980) evidenciaram que atributos corporais socialmente valorizados facilitam o desenvolvimento de maior competência social nas relações com os outros. Em estudo recente, a atratividade física não influenciou a avaliação de desempenho interpessoal pobre, mas gerou uma avaliação ainda mais favorável quando a pessoa competente era atrativa (Hope & Mindell, 1994). Certamente as de maior atratividade física são mais requisitadas para contato social, principalmente em interações heterossexuais, facilitando a aprendizagem de várias habilidades, como as de abordar estranhos, de fazer e responder a perguntas e de manter ou encerrar conversação. As pessoas atraentes tendem a ser avaliadas mais positivamente também em outras dimensões, como inteligência, competência e simpatia, existindo ainda evidências de que apresentam autoconceito mais positivo do que as de menor atratividade. Por outro lado, Caballo e Buela (1989) verificaram que sujeitos mais habilidosos foram avaliados como mais atraentes em comparação com os de menor competência social. Naturalmente isso não significa que indivíduos com pouca atratividade não possam ser socialmente efetivos, compensando, dessa forma, suas desvantagens em relação aos padrões convencionais de beleza.



## 6.2. Aparência pessoal

A aparência pessoal refere-se à forma visual como nos apresentamos: as roupas, os adornos, os indicadores de cuidado ou descuido pessoal e a adequação desses aspectos ao ambiente e contexto social. Esse conjunto de características que compõem a nossa aparência pessoal em determinado momento pode influenciar sensivelmente a natureza e a qualidade de nossas interações sociais.

Existem regras restritas que regulam nossa maneira de vestir (Argyle & Trower, 1981). Um mecânico em uma oficina ou um médico em seu consultório vestem-se de acordo com suas ocupações e se apresentam com *status* diferentes na relação com seus clientes. Os jovens pertencentes aos diversos grupos ou tribos, por exemplo os *punks*, vestem-se também de maneira a se distinguirem dos demais. Essas formas de compor a aparência pessoal fornecem pistas de como as pessoas devem ou podem tratá-los. Pessoas candidatas a emprego numa entrevista preocupam-se com a aparência, trajando roupas que supõem ajustar-se mais ao perfil procurado pelo empregador. O uso de certos adereços (ou sua ausência) pode transmitir a impressão de sofisticação ou despojamento.

As combinações de adereços são importantes na aparência e influem na percepção social e nos comportamentos dos interlocutores. Em pesquisa conduzida por Otta e colaboradores (1989), duas fotos de uma mesma modelo foram apresentadas a juízes de sexo masculino e feminino. A modelo apresentava-se com maquiagem e bijuterias numa foto e sem qualquer adereço na outra. Os juízes do sexo masculino (mais do que os do sexo feminino) julgaram a foto da modelo com adereços como sendo mais inteligente, culta e rica. Em outro estudo, Cherulnik (1995) verificou que juízes, ao avaliarem o desempenho de estudantes em tarefa de liderança, tenderam a associar as habilidades sociais à aparência pessoal.

A aparência pessoal tem, portanto, um grande peso nas interações sociais como condição presente, embora não suficiente para garantir relações positivas. Em outras palavras, a aparência pessoal, por si mesma, não torna uma pessoa socialmente competente, mas pode facilitar esse tipo de desempenho.



## PARTE II

# AVALIAÇÃO E PROMOÇÃO DAS HABILIDADES SOCIAIS

*Qualquer um pode ficar zangado. Isto é fácil. Mas zangar-se com a pessoa certa, na intensidade correta, no momento adequado, pelos motivos justos e da maneira mais apropriada, isto não é fácil.*

Aristóteles







## 6. AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO SOCIAL

A avaliação do desempenho social remete às questões conceituais anteriormente apresentadas e, mais particularmente, à diferenciação entre habilidades sociais e competência social. Assumindo esta diferenciação (ver capítulo 4), a avaliação do desempenho social deve contemplar, de um lado, a análise de sua funcionalidade e, de outro, a identificação dos componentes comportamentais, cognitivo-afetivos e fisiológicos que caracterizam esse desempenho.

Em geral, a etapa inicial da avaliação do desempenho social do indivíduo busca identificar as áreas problemáticas e não problemáticas de seu repertório, que deverão orientar objetivos e procedimentos específicos de intervenção. Ao longo e após a intervenção devem ser realizadas novas avaliações para identificar alterações nesse repertório, indicativas da efetividade dos procedimentos e técnicas utilizados. McFall (1982) destaca duas outras questões de interesse relacionadas à avaliação das habilidades sociais. A primeira é teórica e prende-se à relação entre desempenho social e outras variáveis e problemas psicológicos, tais como depressão, esquizofrenia, delinqüência e diferenças sexuais. Nesses casos, a avaliação busca comparar o desempenho social desses grupos, reconhecidos e uniformizados a partir dessas variáveis. A segunda está relacionada à predição de ajustamentos sociais futuros com base na avaliação do desempenho social presente e permite aferir a importância desse desempenho em diferentes etapas ou condições de vida do indivíduo.

Considerando-se a influência das dimensões situacionais e culturais sobre o desempenho social, pode-se acrescentar ainda



a alternativa de avaliação do desempenho social como indicador de variáveis culturais e de diferenças entre culturas (Z. Del Prette, 1985; Z. Del Prette, A. Del Prette & Barreto, no prelo), o que aproxima essa área dos estudos antropológicos e sociais.

## **1. PROBLEMAS DE AVALIAÇÃO**

Embora a avaliação do desempenho social se justifique sob diferentes prismas, a complexidade dessa tarefa não pode ser ignorada. Os principais problemas residem em aspectos já abordados nos capítulos anteriores, como a falta de consenso sobre o peso dos diferentes critérios para se definir a competência social e a diversidade dos conceitos de habilidades sociais e de competência social, decorrentes da multidimensionalidade do desempenho social e da heterogeneidade de seus componentes. Apesar disso, poucas abordagens próprias da Terapia Comportamental e Cognitiva dispõem de tantos e tão variados procedimentos de avaliação como o Treinamento de Habilidades Sociais, ou THS (Caballo, 1993).

### **1.1. A unidade de análise**

Uma primeira dificuldade, relacionada à avaliação dos componentes comportamentais da dimensão pessoal, refere-se à unidade de análise. Considerando as habilidades sociais como um conjunto de comportamentos emitidos em interação social, a unidade de análise implica em recorte temporal desse processo. Esse recorte pode priorizar o aspecto interativo, ou seja, as mudanças na resposta do indivíduo em função do comportamento prévio ou subseqüente do interlocutor, ou a sua estrutura, em termos das classes de comportamento por ele apresentadas: frequência, duração e intensidade. Apesar da crítica de alguns autores (Bellack, 1979) quanto à negligência em relação à primeira alternativa, a literatura da área tem priorizado a segunda, em termos dos níveis molar e molecular, na análise das classes e subclasses do desempenho social.

Conforme já discutido no capítulo 4, os termos molar e molecular devem sempre ser referidos um em relação ao outro.



Porém, considerando-se a tradição da área, o nível molar focaliza episódios interativos mais amplos, que podem ser caracterizados globalmente pelo efeito provável ou provavelmente pretendido (objetivo), tais como falar em público, solicitar emprego, mediar conflitos e outros. A avaliação de desempenhos molares é usualmente feita através de juízes, em termos de uma adequação geral socialmente validada. Uma crítica a essa abordagem (Bellack, 1979) é que ela pode ser viesada por fatores como a atratividade física ou a ansiedade demonstrada pelo indivíduo. Outra alternativa de avaliação molar é feita através de auto-relatos, quando as classes são previamente definidas pelo indivíduo e pelo terapeuta ou pesquisador.

Uma unidade de análise é considerada molecular quando compõe, juntamente com outras unidades, um momento do episódio interativo ou seqüência de interação, constituindo, portanto, um recorte desse episódio. Essa unidade é mais facilmente operacionalizável, podendo ser registrada diretamente por dois ou mais observadores. Dependendo da extensão, a unidade molecular pode ser representada por componentes verbais de conteúdo (fazer perguntas, fornecer *feedback*, agradecer e elogiar) ou de forma (transtornos da fala, por exemplo), bem como por componentes não verbais (sorriso, gestos e contato físico). Embora a unidade molecular possa ser representada em alguns momentos por componentes não verbais ou verbais de forma, ela não deve ser confundida com a análise da topografia do comportamento, já que tal análise se aplica tanto às unidades molares quanto aos componentes verbais de conteúdo (por exemplo, pode-se examinar a qualidade da entonação e da postura ao longo de toda uma conversação ou durante um momento específico de uma pergunta).

A ênfase na análise molecular, mais usual na área, tem sido questionada por alguns autores (Bellack, 1979; Ogilvy, 1994; Robertson, Richardson & Youngson, 1984) que defendem maior investimento em sua validação social, ou seja, em pesquisas sobre os componentes críticos de cada episódio, que produzem diferenças significativas na qualidade do desempenho social e das relações interpessoais do indivíduo.



## 1.2. O que avaliar?

Uma pessoa indicada para um THS é alguém que passou por um processo de avaliação (*assessment*), cujo resultado deve contemplar uma amostra de suas principais dificuldades interpessoais e outras informações relevantes sobre seu funcionamento, motivação e ambiente.

A avaliação feita pelo terapeuta especialista em THS em linhas gerais não difere em nada do processo de diagnóstico da Terapia Comportamental Cognitiva, cujo objetivo é a análise funcional do comportamento. No THS, a análise funcional busca caracterizar o desempenho do indivíduo em seus componentes comportamentais, cognitivo-afetivos e fisiológicos e estabelecer relações entre essas características e variáveis antecedentes e conseqüentes associadas a esse desempenho. Em geral, no THS o terapeuta intervém no sentido de modelar e ampliar o repertório social do indivíduo para que este altere os controles antecedentes e conseqüentes de seu comportamento. A identificação desses aspectos faz parte do processo de avaliação.

*Condições antecedentes.* No caso do desempenho social, focaliza-se principalmente os comportamentos dos interlocutores e outros elementos da situação de interação aos quais o cliente responde. Os eventos antecedentes podem facilitar ou dificultar desempenhos sociais específicos e propiciar a formação de cognições e sentimentos diante da situação, que podem também funcionar como estimulação antecedente. A identificação dessas condições inclui, portanto, como a pessoa avalia e o que pensa ou sente diante dos estímulos da situação de interação.

*Condições conseqüentes.* Essa análise mostra como o ambiente social reage aos desempenhos do cliente. Nesse caso, identificam-se as conseqüências reforçadoras e aversivas tanto para os desempenhos considerados adequados como inadequados. Investiga-se também as características do grupo social que provê as conseqüências, tais como as pessoas de maior *status*, as mais punitivas ou reforçadoras e as mais significativas.

*Comportamento.* É o elemento central da análise funcional. É a partir da identificação dos comportamentos manifestos



(como os verbais e motores observáveis) e encobertos (como pensamentos e sentimentos relatados pelo cliente) que o terapeuta passa a investigar as condições antecedentes e conseqüentes. Nesse caso específico interessam ao terapeuta não apenas os déficits ou dificuldades, mas também os recursos comportamentais apresentados (nível operante) e que, em qualquer processo terapêutico ou reeducativo, serão tomados como ponto de partida para novas aquisições.

Resumindo-se estes aspectos especificamente em relação ao desempenho social, e considerando-se a sua multidimensionalidade bem como a diversidade dos componentes, a avaliação da dimensão pessoal, com vistas ao estabelecimento dos objetivos e procedimentos do THS, focalizará, no mínimo, os aspectos abaixo relacionados.

### *1.2.1. Déficits de comportamentos*

Existe um déficit quando o indivíduo não emite os comportamentos requeridos em uma situação específica ou quando as tentativas realizadas não alcançam os efeitos pretendidos.

### *1.2.2. Excessos comportamentais*

Pode-se dizer que há um excesso quando os comportamentos emitidos ultrapassam (em frequência, extensão e magnitude) o que é requerido para a situação.

### *1.2.3. Ansiedade*

A ansiedade é um estado psicossomático que envolve inquietação e distúrbios da respiração e do sono, podendo ser difusa ou situacional. A ansiedade social pode perturbar criticamente a emissão e a qualidade do desempenho interpessoal.

### *1.2.4. Cognições e sentimentos*

Trata-se da avaliação sobre o que o indivíduo pensa de si mesmo (auto-imagem e auto-estima), de seu desempenho (por exemplo, auto-eficácia e padrões de realização) e das situações



interpessoais em que vive, incluindo seus interlocutores (familiares, amigos, colegas e conhecidos).

### *1.2.5. Contextos situacional e cultural*

A análise desses contextos busca caracterizar os interlocutores do cliente, os valores e normas de seu grupo social, as situações e interações significativas e as conseqüências usuais para diferentes desempenhos interpessoais.

### *1.2.6. Objetivos ou metas*

É importante a identificação dos objetivos ou metas interpessoais estabelecidos entre o cliente e o terapeuta. Embora se aceite, inicialmente, referências a objetivos genéricos como: “melhorar minhas relações”, “tornar-me mais extrovertido”, estes precisam ser especificados para garantir que terapeuta e cliente estejam falando sobre a mesma coisa, o que ainda permite que ambos avaliem com maior precisão os resultados esperados pelo tratamento. Aqui também se inclui a análise da dimensão ética do THS, pois é principalmente na definição dos objetivos que o terapeuta poderá discutir com o cliente os critérios de maior equilíbrio nas relações de poder e de defesa e reivindicação de direitos próprios e de outrem.

Com base na avaliação dos itens acima, o terapeuta pode selecionar os possíveis objetivos da intervenção, bem como identificar os recursos do cliente (desempenhos sociais adequados) que poderão servir de base para a ampliação do repertório de habilidades sociais ou para a generalização de desempenhos específicos.

## **2. TÉCNICAS DE AVALIAÇÃO**

Dadas as considerações anteriores, é compreensível identificar um amplo conjunto de técnicas de avaliação que a literatura agrupa em cinco conjuntos de metodologias usualmente empregadas no THS (Abarca & Hidalgo, 1989; Z. Del Prette & A. Del Prette, 1996a; Levenson & Gottman, 1978; Liberman,



1982; Mahaney & Kern, 1983; Michelson, Molcan & Poorman, 1986; Miller & Funabiki, 1984, Ogilvy, 1994; Sedlmayr, 1980): a) os auto-relatos, através de entrevistas ou inventários; b) a observação do comportamento em situação natural e artificial, análoga à vida real; c) os testes de desempenho de papéis; d) as avaliações por outros significantes; e) as medidas fisiológicas.

A escolha do método depende de alguns fatores, entre os quais destacam-se:

a) *tamanho da amostra* - quando se trata de uma avaliação em amostras razoavelmente grandes, os métodos mais econômicos serão preferíveis;

b) *unidade de análise* - se o enfoque é molecular ou molar, os instrumentos devem ser adequados ao nível escolhido, embora se defenda a necessidade de combinar os dois níveis para uma avaliação mais completa;

c) *fonte de informação* - o instrumento deve ser adequado ao tipo de informação que os respondentes (o próprio cliente, os familiares, os professores ou colegas) possam ter sobre o cliente;

d) *situação de coleta de dados* - o tipo de instrumento deve ser escolhido também em função do ambiente em que será feita a coleta de dados: consultório ou escolas, contexto de trabalho ou de lazer;

e) *questões éticas* - algumas técnicas que implicam em engano ou utilização de cúmplice do pesquisador podem ser inviáveis para muitas situações ou dificuldades interpessoais.

## 2.1. A entrevista

Em que pese ser a entrevista o instrumento mais utilizado no diagnóstico clínico ou educacional, ela é também o que dispõe de menor apoio empírico sobre sua confiabilidade e validade geral (Edelstein e Yoman, 1996).

Pode-se afirmar que a entrevista, enquanto processo interativo em que o terapeuta coleta informações através de relato



verbal do entrevistado, ocorre ao longo de toda e qualquer terapia. Estritamente falando, no entanto, ela se inicia no primeiro encontro, podendo-se desdobrar em outros, e se encerra quando a escolha dos métodos terapêuticos está definida. Daí por que também é comumente denominada de entrevista inicial, na qual geralmente o cliente se atribui a tarefa de relatar a alguém (o terapeuta) um ou mais problemas para os quais procura uma solução.

A entrevista inicial inclui objetivos relacionados simultaneamente à coleta de informações e ao processo interativo, dentre os quais pode-se destacar: a) manter uma interação positiva com o entrevistado (*rapport*); b) definir o problema do cliente e c) observar o desempenho do cliente (a própria situação de entrevista coloca demandas que permitem avaliar seu desempenho social).

### 2.1.1. *Rapport*

*Rapport* é um tipo de relacionamento harmonioso entre o terapeuta e o cliente que contribui decisivamente para a efetividade de todo o processo terapêutico. Ele depende principalmente dos primeiros contatos, o que caracteriza a entrevista inicial como uma importante oportunidade para o seu estabelecimento. Por outro lado, o próprio processo da entrevista depende muito do *rapport*, que busca prioritariamente: a) desenvolver a motivação do cliente; b) aumentar sua autoconfiança e confiança no terapeuta; c) estimular a comunicação entre ambos; d) estabelecer um clima de compreensão diante das dificuldades do cliente.

Para conseguir o *rapport* o terapeuta deve ser capaz de identificar quais dos seus comportamentos produzem reações favoráveis ou desfavoráveis no cliente e a quais ele responde de maneira satisfatória. Não se trata evidentemente de procurar agradar, mas de criar uma relação que deve evoluir para uma crescente confiança recíproca. Todo terapeuta sabe que ele próprio é parte fundamental do *rapport* e do sucesso da terapia. Entre os fatores relativos ao terapeuta que podem contribuir para a formação dessa “atmosfera positiva” na entrevista, pode-se destacar: a) aparência; b) expressões faciais; c) modulação da



intensidade e tom da voz; d) saber quando falar, bem como quando ouvir; e) manter uma atitude de empatia.

### 2.1.2. Definição do problema

É na primeira entrevista que o cliente relata seu problema ou apresenta sua queixa, podendo ou não relacioná-los a dificuldades interpessoais. Ao longo do processo o terapeuta procurará definir o que constitui o problema central e as dificuldades associadas, caracterizando os déficits de competência social num ou noutro ponto.

Em geral as queixas relacionadas à competência social podem ser inicialmente expressas em classes amplas como, por exemplo: "sou muito tímido", "fico nervoso quando tenho que falar com uma garota", e outras expressões do gênero. Cabe então ao terapeuta a tarefa de operacionalizar o problema, identificando, no caso do desempenho social: a) as características comportamentais, cognitivo-afetivas e fisiológicas dos desempenhos deficitários e não deficitários; b) as variáveis controladoras, em termos de situações e interlocutores que produzem maior ou menor dificuldade no funcionamento e ajustamento social do indivíduo; c) a história do problema (desenvolvimento através do tempo e estado atual), que permite, entre outros aspectos, identificar alternativas já exploradas pelo cliente; d) a frequência, duração e intensidade das dificuldades; e) a avaliação dos recursos do cliente para lidar com os problemas identificados. Embora as informações necessárias para definir esses aspectos não se restrinjam apenas à entrevista, é através dela que o terapeuta pode, com maior segurança, definir os demais instrumentos de avaliação a serem utilizados para complementar as informações necessárias.

Um bom roteiro de entrevista é condição necessária mas não suficiente para a obtenção dos dados de interesse, já que ele não dispensa o domínio de habilidades específicas de entrevista (além daquelas já relacionadas para o estabelecimento do *rapport*), como o uso apropriado, no conteúdo e na ocasião, de perguntas, resumos ou sínteses, pedido e fornecimento de escla-



recimentos ou complementações e paráfrase das informações apresentadas pelo cliente. Um exemplo de cuidadoso treino dessas habilidades em estudantes de Psicologia foi implementado por Gongorra (1996).

### *2.1.3. Observação do desempenho*

Por ser a entrevista um processo de interação face a face, ela se torna uma ocasião particularmente propícia para a observação direta do desempenho social do cliente. Sua postura, a forma como organiza o pensamento, a desenvoltura, o contato visual, a gesticulação e a qualidade da fala representam informações importantes e relativamente confiáveis do desempenho cotidiano do cliente, especialmente em situações novas, que devem ser registradas. A elaboração de um roteiro para anotação imediata após cada sessão de entrevista constitui um recurso que facilita essa tarefa.

## **2.2. Os inventários**

Os inventários são instrumentos de auto-relato usualmente designados como “medidas lápis-papel”. Seu formato em geral é bastante extenso, ou seja, cobre uma ampla gama de comportamentos e situações. Desde o início das aplicações do Treinamento Assertivo, os inventários foram utilizados na avaliação de problemas interpessoais (Gambrill e Richey, 1975; Liberman et al., 1975; Wolpe, 1976, entre outros). Na área de THS há uma ampla literatura sobre inventários e estudos desses instrumentos, tanto focalizando especificamente a dimensão comportamental (por exemplo, Abarca & Hidalgo, 1989; Beckman & Lieber, 1994; Caballo, 1987; Curran, Corriveau, Monti & Hagerman, 1980; Matson, Rotatory & Helsel, 1983; Miller & Funabiki, 1984) como aspectos da dimensão cognitivo-afetiva (Michelson et al., 1986; Leary, 1983; Richardson & Tasto, 1976).

Para evitar confusão, o termo inventário, também denominado questionário e escala, aplica-se a instrumentos que tenham como características: a) conter exemplos de comportamentos ou situações; b) solicitar uma resposta indicadora de desempenho



diante de tais situações (como sim/não, escolha entre alternativas e anotação de intensidade ou frequência); c) permitir a obtenção de resultado indicativo do desempenho do indivíduo que possa ser comparado a um padrão normativo geral ou a específicos diferentes momentos da vida do indivíduo. Os inventários vêm sendo progressivamente aperfeiçoados com a exploração das novas tecnologias de áudio, vídeo e informática, aí incluindo-se, por exemplo, o uso do computador (Irvin & Walter, 1994), com os itens apresentados em tela sensível ao toque do respondente, facilitando, dessa forma, a sua utilização em indivíduos portadores de necessidades educativas especiais.

Muitos dos inventários devem ser utilizados com reservas quando ainda não estiverem padronizados para a cultura onde estão sendo aplicados ou mesmo quando carentes de estudos sobre suas propriedades psicométricas (Z. Del Prette & A. Del Prette, 1996a). Alguns instrumentos padronizados ou criados para o nosso contexto, considerando-se as particularidades de nossa cultura, podem ser citados. Pasquali e Gouveia (1990) apresentam dados de propriedades psicométricas e padrões preliminares da Escala de Assertividade de Rathus; Ayres (1994) construiu uma escala brasileira para avaliação da assertividade; Z. Del Prette, A. Del Prette & Barreto (1998) elaboraram e examinaram propriedades psicométricas de um Inventário de Habilidades Sociais para a população adulta universitária, de 18 a 25 anos.

Embora predefinindo as informações que permitem coletar, são várias as vantagens do uso de inventários na avaliação do desempenho social, considerando-se objetivos que não se restringem aos de intervenção terapêutica:

a) são administrados com facilidade e economia de tempo, o que os torna especialmente indicados para avaliações em larga escala, como, por exemplo, nas pesquisas de *survey*;

b) permitem uma aplicação padronizada que reduz consideravelmente os vieses associados à influência do avaliador;

c) podem ser elaborados para contemplar componentes comportamentais, cognitivo-afetivos e fisiológicos;



d) podem ser estruturados tanto para avaliar unidades molares como moleculares;

e) podem ser úteis para estabelecer objetivos e para avaliar resultados de intervenções.

Apesar da quantidade de instrumentos disponíveis, a variabilidade de conteúdos e de formatos dos inventários de habilidades sociais tem sido considerada um problema (Bellack, 1979), na medida em que tem dificultado a comparação entre os dados obtidos. Além disso, outras limitações dos inventários podem ser destacadas:

a) a tendência das pessoas se colocarem nos pontos médios das escalas;

b) a influência da desejabilidade social;

c) os vieses introduzidos pelo grau de autoconhecimento, seletividade da memória e da autopercepção, e baixa consciência quanto aos componentes moleculares do desempenho;

d) a escassez de estudos de validação externa sobre as autoavaliações (os dados obtidos com inventários, enquanto relatos de desempenho, precisam ser validados por indicadores diretos desses desempenhos);

e) o caráter situacional das habilidades sociais em contraste com a natureza geralmente genérica dos itens dos inventários (possibilidade de vieses, dependendo de como o indivíduo interpreta o contexto da situação descrita nos itens);

f) não traz informações necessárias a uma análise funcional dos desempenhos avaliados.

### **2.3. A observação**

A observação direta do desempenho social do indivíduo em situações naturais (fora do ambiente de intervenção) fornece os dados mais valiosos e confiáveis para a caracterização do repertório do indivíduo, a análise funcional dos desempenhos focalizados, a identificação de mudanças na funcionalidade e amplitude desse repertório, a verificação da generalização e a manutenção



das aquisições. Ela também permite avaliar se os eventuais déficits são de aprendizagem ou de desempenho e as especificidades situacionais de certas habilidades em diferentes ambientes e sob diferentes contingências (Matson, Sevin & Box, 1995).

Os registros de observação são os mais difíceis de serem realizados, sendo, por isso, os menos freqüentes nos relatos da literatura. Como vimos em seção anterior, a observação pode ocorrer na situação de entrevista inicial e também ao longo de todo o processo terapêutico, mas ela é limitada às demandas naturais desse contexto.

Uma das dificuldades da observação sistematizada em contexto natural é que a presença do observador geralmente altera a situação, tornando-a menos natural, especialmente nas situações privadas de relacionamento social e nas interações diádicas em geral, havendo mesmo uma tendência do indivíduo em tentar "melhorar" o seu desempenho usual (Bellack, 1979). Em vários contextos, no entanto, a presença de um observador passa relativamente despercebida, tal como ocorre em escolas, hospitais, prisões e outros ambientes institucionais onde essa técnica é mais facilmente utilizada. Nesses casos, é possível, inclusive, utilizar os recursos técnicos da videogravação, que tornam os registros ainda mais confiáveis e os caracterizam como produtos permanentes que podem ser objeto de análises posteriores mais refinadas. No estudo de Christoff et al. (1985), observações do comportamento de adolescentes, de iniciar e manter conversação, foram conduzidas na cantina, no horário do recreio, por um auxiliar de pesquisa do experimentador. Os estudos etológicos fornecem uma ampla gama de exemplos de observação em situação natural e de métodos observacionais não intrusivos que podem também ser explorados especificamente para a avaliação do desempenho social. Por exemplo, Leach (1981) observou e comparou crianças normais em seus comportamentos de iniciar interações e responder a interações iniciadas por outros; Del Prette, Branco, Almeida, Gil e Ades (1987) observaram e descreveram as interações de crianças mediadas por objetos (material escolar ou brinquedos) em sala de aula.



No caso da observação de crianças na escola, ou mesmo do desempenho social de professores, a observação direta pode também ser minimamente intrusiva se a classe já está habituada à presença de observadores (estagiários em treinamento, por exemplo) ou se o próprio pesquisador tem o cuidado de estabelecer uma etapa de habituação. Além disso, a observação de crianças específicas é facilmente dissimulada nesse contexto se os registros contemplam várias crianças ou a classe como um todo.

Uma variação da observação naturalística é a técnica do engano, em que os pesquisadores criam situações que permitem a observação direta do desempenho do indivíduo com a colaboração de auxiliares ou cúmplices. Embora a situação não tenha ocorrido naturalmente, a demanda é "natural" para aquela situação. Por exemplo, McFall e Twentyman (1973) realizaram observações do comportamento de recusar pedidos feitos por auxiliares dos pesquisadores através de chamada telefônica. Feldman e Wentzel (1990) estabeleceram uma situação de resolução de problema em família no próprio ambiente familiar, que permitiu observar diretamente a natureza e a qualidade das interações entre os membros da família. A técnica do engano apresenta limitações (Bellack, 1979), já que não é aplicável a muitas situações interativas (íntimas, pouco frequentes ou imprevisíveis) e envolve problema ético (engano) que precisa ser cuidadosamente equacionado através de esclarecimento (*debriefing*) do cliente.

#### **2.4. O desempenho de papéis**

O desempenho de papéis (*role-playing*) é uma técnica de treinamento e de avaliação que pode ser definida como um tipo especial de observação de desempenhos em situação estruturada, na qual duas ou mais pessoas interagem conforme papéis previamente definidos. Enquanto técnica de avaliação, ela pode ser empregada como parte da avaliação inicial geral (em situações-padrão definidas pelo terapeuta) ou, ao longo dos programas de THS, na avaliação do desempenho em situações específicas relatadas pelo cliente.

Alguns pesquisadores vêm empregando variações na técnica, diferenciando o desempenho breve do desempenho extenso



de papéis. No primeiro caso as cenas são padronizadas e apresentadas oralmente pelo terapeuta ou por um auxiliar, ou, ainda, através de áudio ou videogravação. O indivíduo é instruído a desempenhar a sua reação usual, após uma estimulação do interlocutor (*prompt*). Um exemplo de instrumento desse tipo é o *Behavioral Assessment Test - Revised* (BAT-R), desenvolvido por Eisler, Hersen, Miller e Blanchard (1975), com uma versão para crianças, o BAT-C. Caballo (1993) faz um relato detalhado dessas provas, provendo ao leitor uma extensa revisão bibliográfica nessa área. No desempenho extenso há várias estimulações do interlocutor ou a situação é apresentada pelo cliente e explorada em maiores detalhes. Em nossa experiência com o THS em grupo freqüentemente estruturamos as situações consideradas críticas pelo cliente, solicitando-lhe que desempenhe da maneira habitual. Isso permite uma observação direta não apenas das classes molares do desempenho, mas também de seus componentes moleculares. Essa estratégia possibilita, ainda, verificar componentes cognitivo-afetivos, através de questões formuladas antes ou em seguida ao comportamento emitido na situação de desempenho de papéis.

O uso de situações interpessoais filmadas de desempenho de papéis, com "atores" desconhecidos do cliente, pode ser um instrumento bastante útil também na avaliação de percepções e conceitos associados à competência social ou habilidades sociais. Após a exposição sobre comportamento assertivo, não assertivo e agressivo, pode-se apresentar aos participantes de um programa de THS esquetes através de vídeo ou partes de filmes comerciais (por exemplo *Melhor é impossível*, com Jack Nicholson) e solicitar identificação das características do desempenho apresentado.

São muitas as vantagens do uso do desempenho de papéis como instrumento de avaliação, especialmente quando efetuado em contexto de intervenção em grupo. Entre tais vantagens pode-se citar:

a) observação do desempenho em situações que podem ser bastante semelhantes às do cotidiano do cliente e que seriam difíceis de observar de outro modo;



b) possibilidade de registro em vídeo do desempenho do cliente e de sua exposição posterior para a coleta de outras informações, incluindo-se aí a avaliação do próprio indivíduo sobre seu desempenho;

c) flexibilidade na estruturação da situação, possibilitando introduzir alterações no desempenho dos interlocutores e verificar as adaptações (ou déficits nesse aspecto) efetuadas pelo cliente;

d) acesso às normas do grupo, através da avaliação e *feedback* dos demais participantes, colocados como interlocutores ou como observadores do desempenho;

e) custos operacionais relativamente reduzidos;

f) controle do terapeuta (no caso de desempenho extenso de papéis ao longo do processo terapêutico) sobre situações excessivamente difíceis para o cliente.

A validade da técnica foi motivo de muita controvérsia nos anos 70, com alguns autores defendendo-a (Wessberg, Mariotto, Conger, Farrel & Conger, 1979) e outros (Bellack, 1979; Bellack, Hersen & Lamparski, 1979) questionando a falta de correspondência entre o desempenho na situação estruturada (artificial) e o desempenho cotidiano na situação real (natural), especialmente sob algumas condições. Entre as limitações do desempenho de papéis enquanto técnica de avaliação, os estudos destacaram que:

a) o desempenho do cliente pode ser afetado por variáveis próprias da situação de desempenho de papéis, que não estão usualmente presentes na situação natural, como por exemplo estar sob a observação de colegas do grupo ou do terapeuta;

b) a estruturação da situação geralmente conta com apenas parte dos elementos próprios da situação natural, o que lhe confere um certo artificialismo;

c) a motivação para o desempenho social competente (desabilitabilidade social) pode ser maior na situação de desempenho de papéis do que na situação real.



Ao que parece, parte das limitações do desempenho de papéis está sendo superada pelo atendimento às recomendações das próprias pesquisas (por exemplo, Bellack, 1979). Alguns estudos recentes (por exemplo, Maag, 1989; Ogilvy, 1994) avaliam que os procedimentos de desempenho de papéis têm aumentado a sua correspondência com as observações naturalísticas.

## 2.5. Auto-registros

Trata-se de uma técnica de registro em que observador e observado são a mesma pessoa. Para essa tarefa, usualmente o terapeuta providencia protocolos (ou fichas) de registro e orienta sua utilização. O protocolo de observação deve ser um instrumento simples e de fácil manejo, permitindo o seu uso em situações sociais sem causar constrangimento ao cliente. Nesse sentido, o protocolo pode trazer indicações das classes molares e moleculares de comportamento, cabendo ao observador descrever as situações e outros dados relevantes, como por exemplo se sentiu-se satisfeito ou não com o próprio desempenho. O Quadro 6.1. abaixo ilustra um tipo de protocolo que pode ser modificado conforme os objetivos mais específicos da auto-observação.

Quadro 6.1. Protocolo de auto-observação para adolescentes

Nome: _____		
Observação n. _____		Data: ____/____/____
HABILIDADE	SITUAÇÃO	SATISFAÇÃO/ INSATISFAÇÃO
Iniciar conversa com colega do mesmo sexo.		
Iniciar conversa com colega do sexo oposto.		
Manter conversação com estranho(a).		



Os auto-registros podem ser utilizados antes e durante o processo de THS. Sua utilização como avaliação de acompanhamento (*follow-up*) não tem sido referida na literatura consultada. Terapeuta e cliente podem planejar juntos os auto-registros conforme as dificuldades demonstradas pelo segundo. Por exemplo, para uma pessoa com auto-estima prejudicada, o protocolo pode priorizar a descrição dos pensamentos e sentimentos em situações sociais específicas em que o sucesso pode ser razoavelmente previsto.

Uma forma alternativa de auto-observação, que dispensa o uso de protocolo, foi utilizada por Last, Barlow e O'Brien (1985) através do registro verbal em gravador antes, durante e após o processo interativo.

Como outras técnicas de avaliação, a auto-observação possui vantagens e limitações. Entre as vantagens, pode-se destacar:

a) possibilidade de registro de componentes cognitivos não acessíveis através de observação por outrem;

b) adaptabilidade de uso em diferentes contextos da vida social do cliente;

c) obtenção de dados antecedentes e conseqüentes necessários à análise funcional do comportamento.

Entre as desvantagens se incluem:

a) relativa falta de confiabilidade do registro, tanto pela seletividade da observação como por possíveis inexatidões difíceis de se aferir;

b) dificuldade para treinamento de alguns clientes na habilidade de auto-registro;

c) possível influência da auto-observação sobre o próprio desempenho (efeito reativo).

Dentre as desvantagens, uma das que podem ser minimizadas pelo terapeuta é a que se relaciona ao problema da confiabilidade, através de maior investimento no treinamento do cliente. Esse investimento é justificado porque, além de importante como instrumento de coleta de dados aos quais apenas o próprio



cliente tem acesso, a auto-observação constitui uma atividade preparatória para a automonitoria requerida no desenvolvimento do autocontrole do cliente sobre o seu desempenho social (Bandura, 1986). Esses processos implicam em ampliação do conhecimento do cliente sobre seu próprio comportamento, pensamentos e sentimentos e sobre as variáveis da situação (como sexo e posição social do interlocutor e demandas interpessoais).

## **2.6. Avaliação por outros significantes**

Segundo a revisão feita por Caballo (1993), a avaliação por outros significantes constitui um importante indicador da competência social do indivíduo e da validade social dos efeitos de intervenções realizadas, embora seja um método pouco utilizado. Os pais, professores, colegas e pessoas próximas representam os interlocutores prováveis e significativos, que reagem diferencialmente ao desempenho social - satisfatório ou insatisfatório - do indivíduo, segundo as normas do grupo social.

A avaliação por significantes pode ser feita sob a forma de diferentes indicadores: a) avaliação de características gerais como status, liderança, maturidade e adequação social; b) avaliação de habilidades sociais específicas, em termos de frequência ou qualidade da emissão; c) escolhas sociométricas, indicadoras de aceitação ou rejeição e preferências. A obtenção desses indicadores com colegas, pais e professores é bastante usual na avaliação da competência social de crianças (Fad, 1989; Gresham & Elliot, 1990; Haager & Vaughn, 1995), apesar das restrições apontadas por alguns autores (por exemplo, Swanson & Malone, 1992), que identificam dificuldades e problemas associados à heterogeneidade dessas medidas nos diferentes estudos. Del Prette (1982) e A. Del Prette et al. (no prelo) utilizaram, antes e após um Programa de Desenvolvimento Interpessoal Profissional com universitários, medidas de avaliação dos colegas do grupo de treinamento, sobre características interpessoais e posições sociométricas dos participantes. Essas medidas mostraram-se sensíveis e correlacionadas a outros indicadores de alterações no desempenho social dos participantes, além de evi-



denciarem níveis satisfatórios de concordância entre os avaliadores com relação a um mesmo colega avaliado.

Pode-se pois afirmar que existem vantagens e desvantagens no emprego desse método de avaliação. Entre as vantagens, pode-se citar:

a) a avaliação externa é um indicador importante da validade social do desempenho do indivíduo e das alterações nesse desempenho;

b) o observador geralmente tem acesso a uma ampla gama de situações e demandas do ambiente natural do indivíduo avaliado;

c) o observador bem treinado pode se constituir em importante colaborador do terapeuta, que pode, com isso, "calibrar" procedimentos e objetivos da intervenção.

As maiores desvantagens são:

a) a possibilidade de escolha de observadores viesados em suas expectativas e sentimentos sobre o cliente e seu desempenho;

b) a dificuldade de se treinar observadores.

### **3. ANÁLISE DOS INDICADORES PRODUZIDOS PELA AVALIAÇÃO**

Embora haja uma extensa literatura sobre avaliação de habilidades sociais, a grande maioria dos instrumentos ainda carece de estudos sobre sua validade, confiabilidade e propriedades psicométricas em geral, constituindo uma área de pesquisa onde muitas e relevantes questões ainda estão por ser resolvidas.

No estágio atual verifica-se que a variedade de instrumentos e procedimentos de avaliação produz diversidade de indicadores de habilidades sociais e de competência social, nem sempre correlacionados entre si, embora a correlação entre medidas seja um dos critérios de validação dos novos instrumentos. Um fator importante a considerar, já referido neste capítulo, é que instrumentos de uma mesma categoria, por exemplo, inventários, podem apresentar diferenças no conteúdo ou na forma dos itens, tornando-os incomparáveis entre si (o que se aplica também



diferentes roteiros de entrevista ou diferentes focos de observação). Outro fator de dificuldade é constituído pelas próprias condições em que são efetuadas as avaliações. Como os estudos psicométricos envolvem ampla amostragem, nem sempre são efetuados com população clínica. Lipp, Haythornthwaite e Anderson (1996, p. 26), examinando medidas de auto-relato e de desempenho de papéis em situação não terapêutica, levantam a hipótese de que a falta de correlação entre essas medidas tenha ocorrido porque os “auto-relatos demandam algum grau de auto-avaliação que a pessoa pode não estar interessada em fazer fora do processo terapêutico”.

No contexto terapêutico, supondo-se que as diferentes medidas podem estar refletindo diferentes dimensões das habilidades sociais, a falta de correlação deve ser interpretada com cautela. Caballo (1993) chama a atenção para essa possibilidade, valorizando, como informação adicional relevante, os dados contraditórios que podem refletir déficits ou dificuldades em apenas um dos subsistemas componentes das habilidades sociais.

O desenvolvimento de instrumentos e procedimentos de avaliação de habilidades sociais e competência social está, portanto, relacionado a diferentes fatores e, em particular, ao conhecimento disponível sobre as inter-relações entre os aspectos comportamental, cognitivo-afetivo e fisiológico, que caracterizam a dimensão pessoal do desempenho social. Além disso, é importante considerar o conhecimento sobre as dimensões situacional e cultural do desempenho social enquanto matrizes dos critérios normativos que contextualizam e conferem significado a essas avaliações.

Reconhecendo-se o caráter multidimensional das habilidades sociais e da competência social, a escolha dos instrumentos de avaliação, bem como a análise dos indicadores com eles obtidos, deve levar em conta, portanto, as dimensões ou aspectos que eles contemplam e a sua complementaridade, de modo a garantir uma avaliação mais completa e precisa.



## 7. TÉCNICAS DE TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS

Como já foi discutido no capítulo 4, existe mais controvérsia em torno do conceito de habilidades sociais do que em relação ao Treinamento de Habilidades Sociais (THS). No entanto, isto não significa uma menor quantidade ou diversidade de definições e orientações para o THS, e, sim, um relativo consenso de que se trata de um método razoavelmente padronizado aplicado às dificuldades interpessoais. Genericamente pode-se definir o THS como um conjunto articulado de técnicas e procedimentos de intervenção orientados para a promoção de habilidades sociais relevantes para as relações interpessoais.

No THS são empregadas técnicas derivadas dos vários modelos conceituais que constituem esse campo teórico-aplicado. Historicamente, em seu início a maioria das técnicas originou-se da Análise Experimental do Comportamento ou da Terapia Comportamental. Atualmente esse escopo ampliou-se e o THS inclui técnicas de diversas abordagens cognitivistas (Spence & Spence, 1980). Considerando a literatura da área, são apresentadas no quadro a seguir as principais técnicas de THS.



Quadro 7.1. Técnicas utilizadas no THS

<b>1. TÉCNICAS COMPORTAMENTAIS</b>
1.1. Ensaio comportamental 1.2. Reforçamento 1.3. Modelagem 1.4. Modelação
1.4.1. Modelação real 1.4.2. Modelação simbólica
1.5. <i>Feedback</i>
1.5.1. <i>Feedback</i> verbal 1.5.2. <i>Videofeedback</i>
1.6. Relaxamento 1.7. Tarefas de casa 1.8. Dessensibilização sistemática
<b>2. TÉCNICAS DE REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA</b>
2.1. Terapia racional-emotiva-comportamental 2.2. Resolução de problemas 2.3. Parada de pensamento 2.4. Modelação encoberta 2.5. Instruções
<b>3. OUTRAS</b>

## 1. TÉCNICAS COMPORTAMENTAIS

As técnicas comportamentais, utilizadas no THS, fazem parte da Terapia Comportamental (TC). A TC engloba as técnicas derivadas dos estudos de laboratório (Análise Experimental do Comportamento - AEC) e também de outras abordagens. Vários modelos teóricos, como os de Pavlov, Hull, Tolman e Skinner, entre outros, estão na base epistemológica e teórica da Terapia Comportamental. Não é nosso propósito, aqui, tratar dessas questões, mas o leitor interessado encontrará muitos estudos, entre os quais podem ser lembrados os de Franks (1996) e Ovide (1981). Para um maior conhecimento sobre a história da TC em nosso país o leitor poderá se valer de Mejias (1997), Barcellos e Haydu (1995) e Rangé e Guilhardi (1995).



Ao longo destes quase 50 anos de TC ocorreu uma grande mudança de postura na área. Para Franks (1996, p. 8), a TC atual “reflete uma combinação de procedimentos verbais e de ação, o emprego de métodos multidimensionais em vez de abordagens únicas (...) e uma prudente disposição de ir além dos limites restritos do condicionamento tradicional ou, inclusive, da teoria de aprendizagem E-R, para obter uma base de dados”.

O movimento da TC alcançou visibilidade principalmente nos Estados Unidos, Reino Unido e Canadá, mas, conforme a história registra, foram dois sul-africanos, Joseph Wolpe e Arnold Lazarus, que a projetaram como uma alternativa terapêutica às formas tradicionais de clínica psicológica. O movimento da TC começou com Wolpe (1958), ao qual se associaram outros pesquisadores e posteriormente Lazarus. A colaboração entre esses dois terapeutas foi muito produtiva durante cerca de dez anos, sendo Lazarus quem cunhou a expressão “terapeuta comportamental”. Mais tarde Lazarus interrompeu a parceria com Wolpe, entre outros motivos, por considerar muito restrito o escopo da TC na época. Naquela ocasião publicou *Psicoterapia Personalista – Uma visão além do condicionamento*, onde expôs sua abordagem clínica, também inovadora. O livro *A prática da Terapia Comportamental*, assinado por Wolpe, é considerado um dos mais influentes nesta área. O leitor poderá encontrar em Caballo e Simón (1995) e em Fernandes (1996) entrevistas realizadas com Wolpe e com Lazarus, respectivamente, nas quais ambos relembram os primórdios da TC e analisam o seu desenvolvimento.

Embora tenhamos classificado as técnicas de THS como *comportamentais, cognitivas e outras*, tal classificação se embasa na tradição da área e nas especificidades dos problemas clínicos a que se destinam, mais do que em qualquer tentativa de purismo epistemológico. O THS vem se orientando para uma aproximação cada vez maior entre as técnicas, tornando difícil, na prática, essas distinções. Somente a título de exemplificação, a técnica de resolução de problema, colocada por nós como cognitiva, é considerada por Kazdin (1995) como cognitivo-comportamental. Wolpe, em entrevista a Caballo e Simón (1995), faz



referência ao correlato cognitivo da dessensibilização sistemática, considerada estritamente como comportamental.

### 1.1. Ensaio comportamental

O ensaio comportamental é uma das técnicas mais frequentemente utilizadas nos programas de TMS, permitindo o desenvolvimento de novos comportamentos e possibilitando que a pessoa em treinamento amplie seu controle sobre o próprio desempenho, seu potencial de observação, de escuta atenta e de auto-observação. Além de todo o alcance desta técnica, o ensaio comportamental (EC) facilita ao terapeuta o recurso da observação direta do desempenho do cliente, aumentando, dessa forma, a confiabilidade e a segurança da intervenção sobre os comportamentos clinicamente relevantes.

Parece cada dia mais comum denominar o EC de desempenho de papéis<sup>1</sup>. No entanto, originalmente, a técnica cunhada por Lazarus (1966) correspondia a ensaios de comportamento-alvo em situação análoga àquelas vivenciadas pelo cliente. À medida que correspondiam ao padrão desejado, os comportamentos ensaiados iam sendo reforçados num processo de modelagem.

Quanto ao seu formato, o EC pode ser manifesto ou imaginário. Na modalidade manifesta o cliente desempenha em situação análoga àquela que ele vivenciou em seu cotidiano, permitindo ao terapeuta a observação direta de seus comportamentos. Na imaginária, o cliente elabora, mentalmente, a situação análoga àquela de seu cotidiano e imagina-se desempenhando de forma adequada e bem-sucedida. Esta modalidade é indicada à pessoa que apresenta grande dificuldade no desempenho aberto, mediado por crenças negativistas. Sua grande vantagem está na flexibilidade, que permite seu uso em qualquer situação do cotidiano.

---

1. O EC foi inicialmente denominado psicodrama comportamental (Wolpe, 1958), um título por sinal bastante inadequado, considerando-se as operações envolvidas na técnica, os objetivos terapêuticos e o termo psicodrama, que remete a outros modelos conceituais.



Atualmente um conjunto de outras técnicas gira em torno do EC. É o caso, por exemplo, da modelação, do reforçamento diferencial, da direção [*prompty* ou *coaching*] e da instrução, entre outras. Em geral, o ensaio comportamental é realizado em situação de grupo, embora possa também ser utilizado em atendimento individual.

Há uma variação muito grande do EC na literatura da área, dependendo do modelo preferencial de cada terapeuta, embora existam (Caballo, 1993) passos comuns em todas as variações. Com base em Lange e Jakubowski (1976) e considerando nossa própria experiência, especialmente em THS grupal, apresentamos abaixo os principais passos dessa técnica.

1) Apresentação da situação-problema pelo cliente: a) interlocutor (quem é, como se comporta); b) situação (local, pessoas presentes, papéis envolvidos); c) comportamentos manifestos e encobertos do cliente (descrição e avaliação do desempenho, pensamentos, sentimentos e objetivos); d) dificuldade ou déficit de comportamento (frequência, duração e magnitude).

2) Discussão rápida sobre a situação-problema com verificação, pelo terapeuta: a) se o cliente identifica alternativas comportamentais possíveis para a situação; b) como o cliente avalia tais alternativas; c) se o cliente e o grupo identificam as demandas da interação (com ênfase na identificação de direitos envolvidos).

3) Arranjo de situação análoga: local, ambiente físico detalhado, distribuição de papéis, solicitação da colaboração do grupo, instruções para o cliente se comportar como usualmente, para os interlocutores assumirem seus papéis e para os demais membros do grupo observarem os desempenhos.

4) Desempenho do cliente na situação estruturada, interagindo com os interlocutores. Em caso de muita dificuldade, o terapeuta pode interromper o ensaio, buscando modelar o desempenho a partir de unidades menores de comportamento. Por exemplo, em uma situação de solicitação de emprego pode-se modelar parceladamente os comportamentos de apresentar-se, expor os próprios objetivos, defender idéias ou projetos e discutir salário.



5) *Feedback* ao desempenho. Nessa etapa o terapeuta conduz uma avaliação do desempenho, obedecendo à seguinte sequência: a) avaliação do próprio indivíduo sobre seu desempenho; b) avaliação do interlocutor ou interlocutores sobre o desempenho da pessoa em treinamento; c) avaliação dos demais membros do grupo; d) avaliação do terapeuta. Como essa parte é bastante delicada, instrui-se o grupo e interlocutores para que apresentem *feedback* positivo sobre o desempenho do cliente, garantindo, principalmente no início, que suas tentativas não sejam punidas. Com isso evita-se afetar negativamente a auto-estima da pessoa e, paralelamente, procura-se desenvolver a sua auto-eficácia bem como as habilidades de observar e dar *feedback* positivo dos demais integrantes do programa de THS.

6) Treino de desempenhos. Com base no *feedback* obtido, o terapeuta solicita novo desempenho (repetindo-se os passos 3 e 4), desta vez com instruções específicas, como por exemplo: “procure olhar para o interlocutor quando estiver falando”, “fale em tom de voz mais firme”, “sorria quando ele se mostrar amigável” ou “refira-se a seus objetivos pessoais”. Nesse passo, se necessário, o terapeuta pode: a) substituir o interlocutor, especialmente quando há mais de um interlocutor envolvido no ensaio; b) apresentar-se como modelo ou solicitar a algum membro do grupo, com as habilidades requeridas, que desempenhe o papel de modelo, instruindo o cliente para observar características específicas que devem ser depois reproduzidas; c) instruir o interlocutor para que regule o seu comportamento, fazendo concessões em função das mudanças positivas no desempenho do cliente; d) apresentar ajuda mínima, verbal ou não verbal durante o ensaio, indicando e incentivando a necessidade de mudanças em componentes comportamentais específicos; e) apresentar reforçamento positivo, através de gestos ou outros meios, às aquisições do cliente durante o próprio ensaio.

7) Preparação para a generalização. Quando o desempenho já está razoavelmente satisfatório, o terapeuta explora situações variadas (contextos e interlocutores), criando dificuldades adicionais para o fortalecimento e generalização dessa aprendizagem ao ambiente natural do cliente.



Entre os passos 5 e 6, quando o cliente tem muita dificuldade para perceber características do próprio desempenho, ou sentimentos produzidos no interlocutor pelo seu desempenho, o terapeuta pode utilizar outras técnicas vivenciais como a espe-lhagem (reproduzir ou solicitar que um integrante do grupo reproduza aspectos desse desempenho) e a troca de papéis (*role-taking* - assumir o papel do interlocutor).

Logo nos primeiros ensaios é possível identificar as dificuldades do cliente. Por exemplo, se a sua dificuldade reside em falha de percepção social ou em dificuldades específicas de outros componentes das habilidades sociais, é indicado prover-lhe, e aos demais membros do grupo, alguns exercícios visando suprir tais déficits.

Com a finalidade de auxiliar o cliente a alterar alguns dos componentes não verbais, além de instruções específicas e de exercícios programados como tarefas de casa, pode-se utilizar também o recurso da filmagem do desempenho ou *videofeed-back* (Blumer & McNamara, 1985). Num programa de THS (Z. Del Prette & A. Del Prette, 1997) a técnica de *videofeedback* possibilitou, a professores participantes do grupo, identificação e mudança de componentes não verbais que dificultavam suas relações com os alunos.

### *1.1.1. Ensaio comportamental e psicodrama*

O ensaio comportamental tem algumas semelhanças e muitas diferenças em relação ao psicodrama. Não obstante o ensaio comportamental ter se popularizado entre os terapeutas de THS, a utilização dessa técnica é muito diferente daquela em seu conteúdo e objetivo. O psicodrama, criado em 1953 por Jacob Levy Moreno, pode ser considerado uma teoria e um método de tratamento, com o objetivo de explicar os conflitos subjacentes aos sintomas neuróticos, promovendo a introspecção e a catarse. Assim considerado, o ensaio comportamental, nos trabalhos de THS, não se apresenta com o mesmo objetivo e referencial teórico, de modo que essas duas abordagens não devem ser confundidas. Embora alguns autores realcem a proximidade entre



o psicodrama, como método terapêutico, e a terapia comportamental, já que ambas as abordagens dão atenção à ação ou comportamento, as interpretações sobre as possíveis causas dos problemas psicológicos as colocam em campos teóricos diferentes.

## 1.2. Reforçamento

O reforçamento é uma técnica presente em todo o processo de THS. Ele pode ser considerado como uma técnica típica da Terapia Comportamental, embora, é claro, não se possa ignorar seu correlato cognitivo. É o caso, por exemplo, das expectativas das pessoas de que seus comportamentos sociais vão ser bem-sucedidos (reforçados) no ambiente natural.

O reforço pode ser definido como qualquer consequência que, apresentada em seguida a um comportamento, ou por ele removida, fortalece esse comportamento. Nessa definição ficam expostas duas modalidades de reforçamento, o positivo e o negativo, exemplificados por Sidman (1995, p. 56) de forma muito simples: “quando nosso comportamento é reforçado positivamente, obtemos algo; quando reforçado negativamente, removemos, fugimos ou esquivamos de algo”. Considerando que o reforçamento negativo pode gerar efeitos colaterais nocivos semelhantes aos da punição (Sidman, 1995), o uso de procedimentos envolvendo essa técnica não é recomendado no THS. Ao contrário, o reforçamento positivo é amplamente enfatizado para instalar, desenvolver e fortalecer desempenhos sociais. Aqui parece útil verificar a interpretação dada pelo cliente à estimulação “reforçadora” provida pelo terapeuta. Esta tanto pode fazê-lo sentir-se bem com as novas aquisições como apenas aliviado por evitar possível desaprovação ou a repetição de exercícios. No segundo caso configura-se um processo de reforçamento negativo, embora aparentemente se esteja utilizando a técnica de reforçamento positivo.

A técnica de reforçamento empregada no THS tem as mesmas bases da teoria do reforço ou dos métodos operantes da Análise Experimental do Comportamento (ver, entre outros, Keller & Schoenfeld, 1970; Skinner, 1974). Nesse caso, alguns pressupostos podem ser lembrados:



a) *funcionalidade*: o terapeuta deve verificar se o que ele supõe ser reforço produz, de fato, o efeito de fortalecer o comportamento do cliente;

b) *contigüidade*: qualquer evento presumivelmente reforçador, por exemplo, um elogio, deve seguir o mais imediatamente possível o desempenho;

c) *esquema de aplicação*: no início da aprendizagem o terapeuta deve reforçar todo o desempenho do cliente, passando em seguida para esquemas mais intermitentes, diminuindo gradualmente a freqüência e colocando o comportamento sob controle do ambiente social do indivíduo.

O uso da técnica de reforçamento, no THS, tem três objetivos principais:

a) instalação de componentes comportamentais importantes para o desempenho social;

b) reconhecimento, pelo cliente, de que seu comportamento gera conseqüências em seu ambiente social;

c) aprendizagem das habilidades de dar e receber reforços sociais.

Quando o ambiente social natural do cliente é excessivamente pobre em reforços sociais, pode-se promover, através do THS, as habilidades do cliente de auto-reforçar-se e de modelar o repertório de outros de seu ambiente para que eles também aprendam a apresentar conseqüências positivas próprias de relações mais satisfatórias e equilibradas para ambos os pólos da interação (Del Prette, 1982). É o caso do programa de THS para casais, quando ambos os cônjuges aprendem a solicitar, do outro, o reconhecimento de seus esforços na direção de um relacionamento mais produtivo.

### **1.3. Modelagem**

É uma técnica que consiste no uso do reforçamento diferencial para desempenhos progressivamente mais semelhantes ao desempenho final pretendido. Daí a sua denominação de mode-



lagem (*shaping*), dar forma, moldar, talhar. Dois elementos principais estão presentes no uso desta técnica: o reforçamento (conforme detalhado anteriormente), que nos programas de THS geralmente é de natureza social, e a noção de comportamento de entrada, também referido como “recursos do cliente”. O comportamento de entrada refere-se aos comportamentos disponíveis no repertório que contribuem para a consecução dos alvos da intervenção. A modelagem pode ser utilizada decompondo-se determinados comportamentos sociais em unidades menores, treinando-se separadamente cada uma delas e posteriormente recompondo-as. Essa estratégia, na aplicação da modelagem, pode ser bastante útil para treinar crianças tímidas com dificuldade para iniciar e manter contato social (ver Goldstein, Sprafkin e Gershaw & Klein, 1980).

#### 1.4. Modelação

A modelação (*modeling*) é derivada dos estudos de Bandura (1977; 1979) sobre a aprendizagem, ou através da observação do desempenho de outra pessoa. Bandura e colaboradores realizaram muitos experimentos controlados para sustentar as posições teóricas que defendiam, tidas na época como inovadoras (Bandura, 1965; Bandura, Ross & Ross, 1963a; 1963b). A modelação, enquanto técnica, consiste em prover condições para que o cliente observe alguém desempenhando os comportamentos-alvo. No ambiente terapêutico a modelação é usualmente utilizada junto com instruções, *feedback* e reforçamento diferencial das tentativas bem-sucedidas.

Quanto à forma de exposição ao modelo pode-se recorrer às modalidades manifesta ou encoberta. A manifesta é aquela em que o cliente é exposto diretamente ao modelo, empregando os órgãos da visão e da audição para apreender o desempenho observado. Já a encoberta é aquela em que o cliente imagina o modelo (real ou simbólico) num desempenho social adequado. Esta última variação será discutida separadamente, adiante, junto com as demais técnicas cognitivas. Em ambos os casos, essa técnica pode ser utilizada com modelos reais ou simbólicos.



### 1.4.1. Modelação real

Trata-se da observação do desempenho de uma pessoa, em situação real ou análoga àquela vivida pelo cliente em seu cotidiano. Por exemplo: o terapeuta pode solicitar que o cliente observe o seu comportamento (do terapeuta) interagindo com um dos integrantes do grupo (situação análoga) ou que observe o comportamento de alguém interagindo com outro na cantina da escola (situação real).

### 1.4.2. Modelação simbólica

A modelação simbólica envolve a observação de alguém cuja existência não é real. Por exemplo, observar o comportamento de um boneco que se comporta assertivamente com outros bonecos, num teatro infantil, ou observar o desempenho social de um personagem da literatura ou de estória em quadrinhos. A vantagem da modelação simbólica, principalmente através de filmes ou estorietas, está na possibilidade de se repetir as observações, podendo inclusive ser utilizada na própria residência da pessoa para funcionar, assim, como coadjuvante do processo de generalização das aquisições.

## 1.5. Feedback

O conceito de *feedback*, em um sentido amplo, refere-se à parte da energia de saída de um aparelho que retorna a ele como entrada. Em sentido restrito indica que os sinais propiciados pelo objetivo são utilizados para a regulação da saída. Um exemplo típico é o do termostato de uma geladeira. Embora possa adquirir propriedades reforçadoras (quando fortalece determinados desempenhos), o *feedback*, em nosso entendimento, não se confunde com o reforço.

No processo de um THS a técnica do *feedback* funciona como uma regulação do comportamento, mantendo-o ou produzindo alguma alteração de forma, direção ou conteúdo do desempenho. Quanto ao seu efeito, essa técnica permite que o cliente perceba como ele está se comportando e como esse com-



portamento afeta o interlocutor. O *feedback* tem sido utilizado como uma técnica auxiliar, particularmente no ensaio comportamental, através da verbalização e da videogravação.

Existem algumas regras básicas para o uso de *feedback*, como as que se seguem:

1) *Contigüidade*. Tanto quanto possível, a retroalimentação deve ser fornecida o mais temporalmente próximo possível do desempenho do indivíduo.

2) *Parcimônia*. Deve-se adequar a retroalimentação às necessidades do interlocutor - não se estendendo em minúcias desnecessárias ou em excesso de informações.

3) *Descrição*. É importante que se descreva o comportamento, omitindo-se qualquer juízo de valor sobre o mesmo.

4) *Orientação*. A retroalimentação deve se orientar apenas para os comportamentos que o cliente tem condições de modificar naquele momento específico do treinamento.

5) *Positividade*. São mais úteis as referências a comportamentos adequados do cliente - o que dá ao *feedback* uma função reforçadora - do que as descrições de comportamentos inadequados.

6) *Fidedignidade*. No caso do *feedback* verbal é importante verificar se outras pessoas do grupo concordam com a descrição ou se o próprio cliente está de acordo com ela.

### 1.5.1. *Feedback verbal*

Trata-se de descrições que o terapeuta e os membros do grupo fazem sobre o comportamento do cliente. Tais descrições devem ser feitas de forma objetiva, referindo-se ao comportamento e não à pessoa que se comporta. Preferencialmente, o *feedback* verbal deve se referir aos aspectos positivos do comportamento, e, no caso de clientes com baixa auto-estima, o *feedback* sobre aspectos negativos do desempenho deve ser completamente evitado.



### 1.5.2. Videofeedback

Consiste na exposição do desempenho do cliente, que pode observar diretamente seus próprios comportamentos. Uma vantagem dessa variante reside na precisão e objetividade da informação. Algumas desvantagens podem ser assinaladas, como a de gerar maior desconforto e ansiedade. Em alguns casos (Z. Del Prette & A. Del Prette, 1997) as filmagens podem ser editadas para ganharem a função de *feedback* apenas positivo e, dessa forma, melhorar a auto-estima dos participantes, além de servirem como modelos de alternativas de desempenho.

### 1.6. Relaxamento

Diversas técnicas de relaxamento podem ser utilizadas no THS. Lange e Jakubowski (1976) utilizam várias modalidades integradas, como a muscular, a respiratória (hiperventilação) e a imaginária (eidética). A incorporação das técnicas de relaxamento ao THS se deve ao fato de que muitos participantes do treinamento podem experimentar um alto nível de ansiedade nas situações interpessoais.

Uma das técnicas de relaxamento mais utilizadas no THS é o método progressivo de Jacobson. São várias as combinações e adaptações dessa técnica, sem que, no entanto, uma se mostre mais efetiva do que a outra. O procedimento geral é o de induzir o relaxamento por grupos de músculos a cada sessão, até chegar a integrar todos os grupos musculares. O objetivo, além do relaxamento em si, é o de ensinar o cliente a perceber seus estados de tensão e conseguir, por si mesmo, relaxar ou controlar a ansiedade nas situações ansiógenas, de modo a melhorar seu desempenho social.

Na mesma época (década de 30) da divulgação do trabalho de Jacobson, Schultz (1932/1991) dava a conhecer a sua técnica denominada treinamento autógeno. A aplicação desta, conforme Vera e Vila (1996, p. 160), pode ser dividida em quatro fases de sugestão: a) sensação de peso e calor nas extremidades; b) regulação das batidas do coração; c) sensação de tranquilidade e de confiança em si mesmo; d) concentração passiva em sua respiração.



A estratégia de avaliação do estado de relaxamento implica na verificação, através da observação, dos movimentos das mãos, braços e pernas, induzidos pelo terapeuta e na solicitação de descrição, pelo cliente, de seus estados subjetivos. “O relaxamento constitui um processo psicológico, de caráter interativo, onde o fisiológico e o psicológico não são simples correlatos um do outro, mas ambos interagem, sendo partes integrantes do processo” (Vera & Vila, 1996, p. 146).

Uma ampla maioria de clientes indicada para o THS se beneficia da técnica de relaxamento. Para muitos, o relaxamento é uma condição necessária, desejável, porém não suficiente. São os casos em que a ausência de ansiedade não garante, por si só (Eisler, Miller & Hersen, 1973), um desempenho social competente, requerendo também a aprendizagem de comportamentos socialmente adaptativos.

### **1.7. Tarefas de casa**

Inclui-se a técnica da tarefa de casa no THS por três motivos principais. O primeiro refere-se à possibilidade de aperfeiçoar as habilidades treinadas no contexto terapêutico, através de novos desempenhos; o segundo diz respeito à busca de generalização das habilidades treinadas para outros contextos sociais; e o terceiro é o de permitir a verificação sobre como o ambiente natural está reagindo às novas aprendizagens do cliente.

As tarefas de casa devem ser planejadas com o próprio cliente e precisam ser claras, detalhadas e se encontrarem dentro das possibilidades de execução (Caballo, 1993). Dito de outra maneira, deve-se recomendar que o cliente pratique somente aquelas aquisições em que ele se sinta seguro e tenha tido uma boa avaliação pelo terapeuta e pelos pares do grupo de treinamento.

As tarefas de casa podem ser aplicadas logo no início dos programas de THS, na medida em que o terapeuta avalie que o cliente pode executá-la, ou seja, sua introdução deve ser gradual, evitando-se qualquer tipo de constrangimento. Em geral as tarefas são dadas no final das sessões de treinamento e “cobradas” no início da sessão subsequente, ou mesmo não lembradas, esperando-se



que o próprio cliente as mencione. Para facilitar a execução das tarefas o terapeuta pode utilizar protocolos ou fichas de registro padronizados para os clientes registrarem suas observações sobre o próprio desempenho. Tais fichas constituem material importante para a avaliação da efetividade do programa.

### **1.8. Dessensibilização sistemática**

Dentre as várias técnicas terapêuticas a dessensibilização sistemática (DS) é a que seguramente mais recebeu atenção dos pesquisadores e dos clínicos ao longo de sua história. Wolpe (1958; 1976), com base no condicionamento pavloviano, foi o responsável pela sua estruturação e divulgação enquanto empreendimento terapêutico. O leitor poderá encontrar em Turner (1996) a história e a trajetória da DS.

No THS o objetivo de eliminar o medo e a ansiedade nas relações interpessoais constitui uma indicação para o uso da DS. Tal como em outras aplicações dessa técnica, o terapeuta inicialmente elabora, junto com o cliente, uma hierarquia de situações ou estímulos que geram ansiedade interpessoal, ou seja, uma lista em ordem crescente de desconforto percebido (Wolpe, 1976). Paralelamente o terapeuta ensina ao cliente respostas incompatíveis com a ansiedade, recorrendo a métodos de relaxamento. Na segunda etapa o terapeuta passa a expor o cliente (sob a forma imaginária e em situação de relaxamento) aos estímulos da hierarquia, avançando dos menos ansiógenos aos mais ansiógenos sempre que o cliente não mais manifeste ansiedade diante da situação à qual está sendo exposto.

Segundo Wolpe (1958), a suposição básica da DS é a de que se uma resposta de ansiedade pode ser condicionada a estímulos do cotidiano, ela também pode ser descondicionada se esses estímulos passarem a ser associados com respostas incompatíveis com a ansiedade, como é o caso do relaxamento. Portanto, a DS é indicada apenas quando a dificuldade interpessoal é mediada pela ansiedade. Caso o cliente manifeste ansiedade e não possua repertório social apropriado para lidar com as situações ansiógenas, a DS deve ser associada a outras técnicas de instalação desse repertório.



A aplicação da DS pressupõe, portanto, uma série de etapas, tais como:

- 1) definição do problema;
- 2) formação da hierarquia de ansiedade;
- 3) aplicação de algum procedimento de relaxamento;
- 4) combinação entre exposição imaginária aos itens da hierarquia e avaliação do relaxamento.

Existem muitas variações desta técnica e uma delas, precisamente no THS, consiste em utilizar o ensaio comportamental para criar situações interpessoais análogas àquelas que geram ansiedade interpessoal e obter, com isso, a dessensibilização ao vivo.

Rimm e Masters (1974) chamam a atenção para a necessidade de se verificar, antes da aplicação da técnica, se a ansiedade é de caráter racional ou irracional (fobia). Distingue-se uma da outra avaliando-se a possibilidade de risco que a resposta traz e a existência ou não das habilidades para lidar com a situação. Por exemplo: uma pessoa pode sentir-se extremamente ansiosa e desconfortável diante de um interlocutor do sexo oposto, mas diante de pessoas do mesmo sexo apresentar as habilidades sociais requeridas. Nesse caso, a ansiedade sentida diante da pessoa do sexo oposto poderia ser considerada irracional (mediada apenas pela ansiedade e não por déficits), e a DS seria claramente indicada.

## **2. TÉCNICAS COGNITIVAS**

São várias as técnicas de reestruturação cognitiva destinadas a modificar as crenças prejudiciais ao bom desempenho interpessoal, que podem ser usadas no THS. As crenças que mais interferem nas interações sociais são: crenças irracionais (Ellis, 1974), diálogos internos inibitórios (Meichenbaum, 1977), expectativas equivocadas de auto-eficácia (Bandura, 1986), suposições negativas (Beck, 1976; 1987) e estilos atribucionais inadequados (Seligman, 1990). As crenças ou pensamentos que desenvolvemos sobre o que vai ocorrer numa situação interpes-



soal interferem em nosso desempenho e, por outro lado, podem reforçar essas cognições e produzir ansiedade situacional quando o desempenho é malsucedido, formando um círculo vicioso entre crença e comportamento. Tais cognições podem ter características derrotistas (tendência a ressaltar aspectos negativos), condenatórias (auto-avaliação excessivamente rigorosa) ou insuportáveis (exagero nas dificuldades próprias da situação).

As técnicas de reestruturação cognitiva em geral lidam também com o aspecto afetivo associado a tais pensamentos. A reestruturação cognitiva aplicada no THS visa ao desenvolvimento de um conjunto de atitudes e de habilidades cognitivas onde o cliente é instado a:

- a) valorizar os próprios direitos e os de seus interlocutores;
- b) identificar as cognições inadequadas próprias e de outrem;
- c) exercitar formas alternativas de auto-avaliação, avaliação das situações e dos desempenhos sociais;
- d) identificar os próprios sistemas atribucionais, buscando uma avaliação mais realista das dimensões que os caracterizam (internalidade *versus* externalidade, generalidade *versus* especificidade, estabilidade *versus* instabilidade e controlabilidade interna *versus* externa).

## 2.1. Terapia racional-emotiva-comportamental

Historicamente, no seu início, esta técnica foi denominada Terapia Racional-Emotiva, mas Ellis, em 1993, escreveu um artigo em que, considerando o caráter comportamental presente no processo terapêutico, alterou sua denominação original para Terapia Racional-Emotiva-Comportamental (TREC). Partindo da suposição de que "tanto as emoções como os comportamentos são produtos das crenças de um indivíduo, de sua interpretação da realidade", Lega (1996, p. 425) define a TREC como sendo de base cognitivo-comportamental. O principal objetivo da TREC é o de facilitar a identificação de pensamentos tidos como irracionais e de buscar a sua substituição por outros racionais, de maior efetividade, de acordo com as metas pessoais.



Resumidamente pode-se dizer que a TREC parte da hipótese de que as disfunções psicológicas relacionam-se à forma como o indivíduo avalia a sua realidade. Tal avaliação pode ter caráter absolutista (“devo”, “tenho que”) sobre si próprio, os outros e a vida, desconsiderando o probabilismo e o relativismo dos eventos e situações e, também, a possibilidade de o indivíduo alterar tanto o seu ambiente como o pensamento e o comportamento.

A suposição de Ellis (1974), resumida no esquema A-B-C, é que as ações concretas do ser humano são mediadas por cognições, particularmente aquelas que avaliam a realidade, e que a causa dos problemas do homem localiza-se nas suas crenças irracionais. A análise do esquema A-B-C, que apresentamos a seguir, está baseada em Campos (1997).

#### *A = eventos ativadores*

Ellis supõe que a exposição (experiência de vida) do indivíduo a evento externo real produz uma ativação de pensamentos sobre o próprio evento, porque tem como base sentimentos e pensamentos que já ocorreram em relação ao mesmo evento ou eventos similares.

#### *B = pensamentos, cognições ou idéias*

São cadeias de pensamentos ou autoverbalizações (geralmente comportamentos encobertos) ativadas pelo início da sequência A (eventos ativadores).

#### *C = conseqüências da interação A-B*

As interações entre A (eventos ativadores) e B (cognições) podem resultar em conseqüências cognitivas, afetivas e comportamentais.

Com o objetivo de tornar mais claras essas relações A-B-C, considere o leitor o seguinte exemplo, parafraseado de Campos (1997): um jovem (José) ao sair de sua aula de laboratório recebe de um colega um bilhete enviado por uma garota (Ana) com a



qual ele finalmente havia marcado um programa a dois. O bilhete (A = evento ativador) laconicamente pede que ele lhe espere após a última aula do dia. Imediatamente José pensa (B = avaliação sobre o evento): “será que Ana vai cancelar o encontro?”; “acho que ela se arrependeu”; “o que devo fazer?”; “será que posso convencê-la a manter o nosso programa?” O resultado imediato (C = consequência) é que o jovem fica muito ansioso e começa a fazer juízo negativo sobre si mesmo: “ninguém vai mesmo com a minha cara”; “acho que fiz o papel de tolo”; “como sou azarado!” Ao se deparar com Ana, José começa a falar de forma confusa e ansiosa, levando-a efetivamente a interromper a recém-iniciada relação.

Cabe ao terapeuta da TREC refutar as crenças errôneas do cliente, o que, no THS, pode ser associado ao ensaio comportamental. Por exemplo: ensaia-se determinados comportamentos de abordar e manter conversação, insistindo-se em “desarmar” as crenças irracionais: “você está dizendo que nada lhe dá certo, mas contou-nos que foi bem-sucedido ontem...”; “somente na ficção existem pessoas azaradas...”; “ninguém agrada a todo mundo...”; “existem pessoas com comportamentos altruístas ou egoístas”; “não é verdade que você seja incapaz”. Por outro lado, combinando com outras técnicas, poderá também ensinar ao cliente algumas verbalizações auto-reforçadoras, tais como: “meu desempenho foi bom”; “sinto-me bem hoje”; “a prática assertiva está me ajudando”; “sinto que algumas pessoas gostam de mim”; “minha exposição foi boa, observei que muita gente prestou atenção”. O uso da TREC, no caso de pessoas com crenças irracionais muito arraigadas, que se permitem pouca flexibilidade, deve ser cauteloso. Segundo Guilhardi<sup>2</sup>, nesses casos uma análise da origem dessas crenças, a partir da história de vida do cliente, seria de grande utilidade, permitindo a identificação das contingências passadas e presentes que mantêm esse sistema inflexível.

---

2. Citação livre de parte dos comentários feitos por Hélio Guilhardi, em sua leitura deste capítulo.



## 2.2. Resolução de problemas

O desenvolvimento da técnica de resolução de problemas (*problem solving*) tem sua base empírica nas investigações da Psicologia Cognitiva e Experimental e, ainda, dos campos educacional e organizacional (Nezu & Nezu, 1996).

A solução de problemas pode ser definida (Nezu, 1987, p. 122) como “um processo metacognitivo pelo qual os indivíduos compreendem a natureza dos problemas da vida e dirigem seus objetivos para a modificação do caráter problemático da situação ou mesmo de suas reações a ela”.

O emprego dessa técnica no THS é altamente recomendado para clientes que: a) embora não possuindo déficit em comportamentos específicos, possuem dificuldade em analisar as situações críticas vivenciadas ou apresentam alta latência na escolha de um curso de ação; b) apresentam déficits em habilidades sociais e também em resolução de problemas interpessoais. Supõe-se, de maneira geral (Urbain & Kendall, 1980), que as pessoas portadoras de habilidades de resolução de problemas interpessoais obtêm um bom ajustamento social e alcançam ganhos rápidos no THS. Com base em nossa experiência e na literatura sobre o assunto (D’Zurilla & Goldfried, 1971) adotamos os seguintes passos no emprego da técnica:

### 1) Denominação do problema

- a) como a pessoa percebe o problema e como ela o nomeia;
- b) a que (ou a quem) ela atribui o problema;
- c) como avalia o problema, o quê e o quanto este lhe incomoda;
- d) há quanto tempo o problema existe e o que tem feito para solucioná-lo.

### 2) Definição do problema

- a) como a pessoa define o problema, quais informações necessita para isso;



b) qual(is) o(s) objetivo(s) está(ão) relacionado(s) à solução do problema (nível motivacional);

c) como reavalia o problema e se, ao fazê-lo, mantém ou não a sua pretensão de investir em sua solução.

### 3) Levantamento de alternativas

a) listagem de todas as alternativas possíveis, sem avaliá-las;

b) revisão da lista, incluindo novas alternativas até julgá-la esgotada.

### 4) Avaliação de cada alternativa

a) custos da implementação de cada alternativa;

b) benefícios de cada alternativa; diretos, para a solução do problema, e indiretos, nos ganhos adicionais.

### 5) Tomada de decisão

a) escolha de um curso de ação;

b) avaliação do curso de ação escolhido, segundo os objetivos definidos;

c) ensaio do curso de ação desejada (quando necessário);

d) verificação dos resultados (satisfação/insatisfação).

### 6) Implementação da decisão

a) escolha do momento apropriado;

b) implementação da ação;

c) avaliação do resultado.

Cada passo só é considerado vencido quando o indivíduo o avalia positivamente. Por outro lado, se necessário, retorna-se ao passo anterior. Quase sempre são necessárias várias sessões



para se chegar ao final do processo. Pode ocorrer também que o indivíduo, ao discutir o problema (etapas B e C), acabe por reavaliá-lo, concluindo que estava dando-lhe um valor excessivo ou minimizando-o. No primeiro caso o objetivo inicial da aplicação da técnica é alterado; no segundo ele se mantém.

### 2.3. Parada de pensamento

A parada de pensamento (*thought stopping*) pode ser considerada como técnica típica de autocontrole, voltada para a eliminação de pensamentos obsessivo-compulsivos, com características disfuncionais. Esta técnica foi popularizada por Wolpe (1976), mas teve sua origem, conforme Raich (1996), nos trabalhos de Baim, em 1928, e, em geral, sua aplicabilidade está associada a outras técnicas. A sua indicação no THS destina-se a modificar pensamentos que interferem no desempenho interpessoal, como por exemplo os de caráter negativista: “não vou conseguir”; “não sirvo para nada”; “nada me dá certo”; “é melhor eu me isolar”.

Os passos da técnica, no THS, podem ser identificados como se segue:

1) listagem dos pensamentos que possivelmente interferem no desempenho interpessoal;

2) avaliação da influência de tais pensamentos nas relações sociais: se geram comportamentos de evitação ou se dificultam o desempenho social;

3) classificação desses comportamentos com base em seu conteúdo ou nas situações;

4) colocação do cliente em situação confortável, solicitando-lhe que feche os olhos, imagine a situação e diga em voz alta os pensamentos listados no n. 1. Ao início da segunda palavra de cada pensamento, o terapeuta diz, de forma peremptória: PARE!;

5) verificação da interrupção do pensamento e repetição dos passos 4 e 5 para assegurar os resultados;



6) transferência do controle da interrupção do pensamento, do terapeuta para o cliente, com este dizendo, ele próprio, a palavra PARE!;

7) repetição de toda a seqüência, porém de maneira encoberta (subvocalmente).

É importante acrescentar que não basta interromper os pensamentos obsessivos. Torna-se necessário, também, facilitar a aquisição de pensamentos adaptativos às situações interpessoais. Nesse caso, após a aplicação da parada de pensamento, o terapeuta deve recorrer a outras técnicas para que o cliente aprenda pensamentos incompatíveis com aqueles que foram objeto de tratamento. Em ambos os casos as tarefas de casa são recomendáveis.

#### 2.4. Modelação encoberta

A técnica de modelação encoberta tem como base a teoria da aprendizagem social (Bandura, 1977). O pioneiro no uso dessa técnica, conforme Raich (1996), foi Cautela, que a empregou com dois objetivos: o da aquisição de novos comportamentos e o da extinção de comportamentos inapropriados (Cautela, 1971; 1976). A técnica consiste em observação imaginada do desempenho de um modelo e de suas conseqüências.

A utilização da técnica da modelação encoberta, no THS, é indicada principalmente quando o indivíduo não consegue imaginar a si próprio em desempenhos interpessoais bem-sucedidos. Nesse caso solicita-se que o cliente imagine o desempenho de alguém (modelo). Uma investigação sobre o tipo de modelo mais eficaz (Kazdin, 1974) mostrou que, quando se empregava o *modelo de enfrentamento* (pessoa aparentemente indecisa e ansiosa mas que conseguia ter desempenho satisfatório), o resultado era superior ao do *modelo de domínio* (pessoa que exibe segurança do início ao fim do desempenho). Esses dados podem ser explicados pela identificação do cliente com o modelo, conforme já atestavam as pesquisas de Bandura.

A técnica da modelação encoberta é usualmente empregada no THS através dos seguintes passos:



- 1) escolher o comportamento que se deseja desenvolver;
- 2) assegurar-se de que o cliente esteja em posição confortável;
- 3) formar a cena com elementos familiares do cotidiano do cliente;
- 4) verificar se o cliente consegue imaginar a cena (este deve reproduzir verbalmente o que está imaginando);
- 5) constatada a capacidade deste de imaginar a cena, fazer a solicitação de nova reprodução, agora de maneira encoberta.

Quando a aplicação da modelação encoberta se dá no contexto grupal, pode-se avaliar imediatamente o efeito do processo, criando-se, após a seqüência, a cena *in vivo*, através do desempenho de papéis. O uso desta técnica não é recomendado a pessoas com dificuldades de memorização e atenção ou quando necessitam de reestruturação cognitiva devido a pensamentos derrotistas.

## 2.5. Instruções

As instruções consistem de explicações dadas, de forma clara e objetiva, sobre como o cliente deve se comportar numa situação interpessoal. Elas são recursos usualmente utilizados pelos pais, pela escola e pelos administradores e estão presentes também na forma de mensagens escritas, em muitos contextos do nosso cotidiano.

No THS a técnica de instrução pode ser utilizada com dois objetivos: a) indicações para o comportamento, ou seja, instruções como guia ou “dica” para a pessoa alterar o seu próprio comportamento; por exemplo: “fale mais alto”, “olhe nos olhos do interlocutor”, “fale mais pausadamente”, “diga o que você está sentindo”; b) esclarecimento, ou seja, instruções para auxiliar o entendimento do cliente sobre seu próprio comportamento e as variáveis que o controlam, por exemplo: “se uma pessoa se mantém passiva, isto pode levar o interlocutor exigente a se comportar de forma mais exigente ainda”, “o comportamento agressivo provavelmente gera mais desconforto no interlocutor do que o comportamento assertivo e pode, ainda, prejudicar relações futuras”.



### **3. OUTRAS TÉCNICAS**

Algumas outras técnicas, derivadas da Psicologia Social dos grupos e da educação, podem ser utilizadas no THS, com objetivos de promoção dos desempenhos sociais. Entre outras, temos utilizado exposição oral, dinâmicas de grupo, arranjos GV-GO (arranjo de grupos de desempenhos de vivência e de observação), atividades cooperativas (construir coletivamente uma estória, realizar trabalhos em duplas, monitorar o desempenho do colega) e simulações de desempenho.

No âmbito do ensino especial podem ser encontrados muitos trabalhos que exploram recursos e estratégias alternativos para o THS, treinamento através de procedimentos que exploram a realidade virtual (Muscott & Gifford, 1994) e o vídeo (Morgan & Salzberg, 1992), além de estratégias pedagógicas, como o ensino incidental (Farmer, 1994), o ensino cooperativo mediado por colegas (ver revisão de Mathur & Rutherford, 1991) e o ensino através de atividades físicas que envolvem componentes de habilidades sociais (Bluehardt & Shephard, 1995).

### **4. A EFETIVIDADE DO TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS**

A avaliação dos programas de THS vem sendo objeto de ampla investigação, procurando-se verificar a consecução dos objetivos a que se propõem atingir, a generalização e manutenção de seus efeitos, a identificação de técnicas efetivas e ainda a sua validade social, em termos de melhoria da qualidade de vida do cliente.

Considerando-se o amplo espectro de problemas aos quais pode ser aplicado e a diversidade de modelos conceituais dos quais emergem as hipóteses e técnicas de intervenção, a avaliação dos programas de THS tem constituído um empreendimento bastante complexo. Ela envolve estudos análogos e de intervenções mais longas, com delineamentos de caso único, de grupos experimental e controle e de linha de base múltipla. Alguns desses estudos (Bellack e Hersen, 1977; Caballo & Carrobles, 1988; Ogilvy, 1994) têm apontado para a eficiência do THS em promo-



ver as habilidades sociais estabelecidas como objetivos de intervenção e para a superioridade de determinadas técnicas (ensaio comportamental, instrução, modelação e *feedback*) ou de combinações entre elas. Em escolares, Gresham e Nagle (1980) verificaram que a instrução vinha sendo usada com maior frequência e efetividade com estudantes mais novos e o ensaio de comportamentos com pré-adolescentes.

Outros estudos têm comparado a efetividade de técnicas cognitivas e comportamentais através de metanálise e de estudos experimentais. Soto, Toro-Zambrana e Belfiore (1994), em uma metanálise de artigos publicados de 1980 a 1993, compararam estratégias cognitivas e comportamentais na promoção de habilidades sociais de indivíduos com retardo mental severo e moderado, verificando que ambos os processos foram efetivos na instalação das respostas-alvo, mas a abordagem cognitiva foi mais efetiva na manutenção e generalização das aquisições. Caballo e Carrobles (1988) compararam cinco grupos de treinamento em habilidades sociais com diferentes procedimentos (o de relaxamento, o de técnicas cognitivas, o de técnicas comportamentais, o comportamental-cognitivo e um controle de atenção-placebo) com estudantes universitários, verificando que o grupo comportamental-cognitivo foi o mais efetivo, melhorando nos diferentes aspectos e mantendo essas melhoras em seguimento de seis meses. Os grupos comportamental e cognitivo também foram efetivos, mas só mantiveram as melhoras em alguns aspectos. Os demais grupos não melhoraram significativamente em nenhum dos aspectos avaliados. É interessante observar que, em outro estudo, Spence & Spence (1980) identificaram mudanças cognitivas (no *locus* de controle e na auto-estima) associadas ao THS, embora essas mudanças não tenham se mantido após a intervenção. Esses estudos mostram a importância e a necessidade de se contemplar a multidimensionalidade das habilidades sociais com procedimentos de intervenção que atendam a essa diversidade. Já McIntoshi, Vaughn e Zaragoza (1991) efetuaram uma metanálise dos estudos sobre habilidades sociais em crianças com distúrbios de aprendizagem, identificando também a superioridade das intervenções cognitivo-comportamentais.



Entre as alternativas para melhorar a efetividade dos programas de THS pode-se salientar a proposta de análise de tarefas, para a identificação dos componentes sociais específicos e dos generalizáveis para diferentes desempenhos (Argyle et al. 1981; McFall, 1982; Ogilvy, 1994). Sua aplicação permitiria uma intervenção mais diretamente orientada para as habilidades sociais relevantes.

Uma outra questão, objeto de investigação, é a da generalização. Considerando a estabilidade dos efeitos do THS, Scott, Himadi e Keane (1983) examinaram os trabalhos publicados em dezessete dos mais importantes periódicos internacionais na área, mostrando que apenas cerca da metade deles tinha avaliado a generalização, embora a maioria destes (87 por cento) houvesse relatado a manutenção das aquisições. Bulkeley e Cramer (1990) consideram que a generalização é mais difícil de ser obtida com crianças mais novas devido às suas diferenças em habilidades cognitivas, requerendo, portanto, estratégias específicas para atingir esse objetivo. Mais do que esperar que a generalização ocorra ou de lamentar a sua não-ocorrência, as intervenções, conforme Baer, Wolf e Risley (1968), deve-se programá-la como etapas do próprio processo terapêutico.

Alguns estudos têm questionado a eficácia dos programas de THS, em termos de manutenção e generalização de seus efeitos, quando se utiliza constructos mais amplos (por exemplo, ajustamento social) e critérios de avaliação a longo prazo (Beelmann, Pfingsten & Losel, 1994) ou quando não se incluem intervenções mais amplas no ambiente (Du Paul & Eckert, 1994). Nessa linha, Ogilvy (1994) questiona a ênfase de muitos estudos na consecução dos objetivos imediatos mais do que na validade social, generalização e seguimento dos programas, destacando a necessidade de maior investimento na avaliação da efetividade em função das diferentes características da clientela (por exemplo, a idade dos sujeitos).

Examinando os programas de THS para indivíduos portadores de deficiência mental, Robertson, Richardson & Youngson (1984) identificaram que a maioria deles estava, até então, focalizando aspectos motores (comportamentais) e, em alguma ex-



tensão, aspectos motivacionais (afetivos), com pouca atenção aos percepto-cognitivos das habilidades sociais, argumentando que, dentro desses objetivos mais limitados, eles estavam sendo bem-sucedidos, mas negligenciavam a questão da generalização e da intervenção sobre o ambiente dessa clientela.

Alguns autores (por exemplo, Scott et al., 1983) fazem recomendações para ampliar a generalização e a manutenção dos efeitos do THS, tais como: o uso de situações e ambientes variados e significativos de treino, com diferentes interlocutores, especialmente aqueles que podem liberar reforçadores; o planejamento da inclusão de sessões de "recuperação" pós-tratamento; o treino de discriminação das dicas sociais que sinalizam a ocasião para a emissão de resposta, para a não-necessidade de resposta assertiva e para a inadequação de se emitir qualquer resposta; e o treino em estratégias de mediação cognitiva e autocontrole.

Uma outra questão que parece requerer maior investimento de pesquisa é a análise das propriedades formais dos programas de THS. Ladd e Mize (1983) defendem a necessidade de investigação dessas propriedades, destacando a comparação de programas de grupo *versus* individuais, uma maior ou menor duração, o nível de complexidade dos objetivos e o tipo de clientela.

Esses estudos e considerações mostram que, apesar de sua ampla aplicabilidade (ver capítulo 9), o THS não deve ser considerado uma panacéia. Seus limites e potencialidade ainda não estão suficientemente estabelecidos, requerendo uma base consistente de novas pesquisas, especialmente em relação à generalização, ao seguimento, à identificação de variáveis críticas dos procedimentos e a aspectos formais da estrutura e dinâmica dos programas, das características da clientela e da complexidade dos objetivos.



## 8. ESTRUTURA E DINÂMICA DO TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS

Os programas de Treinamento de Habilidades Sociais (THS) compartilham algumas características comuns enquanto método de intervenção, principalmente em termos de objetivos e técnicas. Caballo (1993, p. 183) faz uma síntese da posição de diversos autores sobre os principais objetivos dos programas de THS, destacando: a) treinamento de habilidades; b) redução de ansiedade; c) reestruturação cognitiva e d) treinamento em solução de problemas. Além desses aspectos pode-se argumentar que o THS atinge outros objetivos importantes para a competência social, como o desenvolvimento da auto-estima e uma espécie de olhar para si mesmo e de autopercepção ampliada, além de uma maior disposição para a ajuda mútua. De modo geral, portanto, o THS contempla, de forma relativamente articulada, as dimensões comportamental (verbal e não verbal), cognitivo-afetiva e fisiológica, que caracterizam as habilidades sociais.

Ao lado dessas semelhanças os programas de THS apresentam grande variedade em sua estrutura (formato grupal ou individual, duração, nível de complexidade dos objetivos, quantidade de participantes, homogeneidade ou heterogeneidade de problemas e tipo de clientela) e em sua dinâmica (organização interna das sessões, modo de aplicação das técnicas e papel do terapeuta). Esses aspectos serão abordados neste capítulo, finalizando com a explicitação de alguns pressupostos associados à sua base ética.



## **1. FORMATO GRUPAL OU INDIVIDUAL**

Os programas de THS têm sido comumente implementados sob dois formatos: o treinamento individual e o treinamento grupal. De maneira geral ambos utilizam as mesmas técnicas, mas modificando, evidentemente, os procedimentos. Embora o atendimento grupal seja considerado recente na Terapia Comportamental (Falcone, 1995), a literatura registra um maior número de estudos grupais em relação aos de caso único. Essa aparente preferência pelos estudos grupais não permite, no entanto, supor uma superioridade dessa forma de atendimento. Esta é uma questão empírica, ainda não resolvida.

Operacionalmente pode-se identificar vantagens e desvantagens em cada um dos formatos, com as vantagens de um geralmente remetendo às desvantagens do outro. A estrutura e as vantagens no uso de cada formato são apresentadas a seguir.

### **1.1. Formato individual**

O THS, em formato individual, inicia-se após a avaliação do problema, quando o cliente é comunicado sobre o método terapêutico que deverá ser utilizado e o porquê dessa escolha. A descrição dos passos que se seguem pode ser útil para a compreensão do processo da relação terapeuta-cliente:

- a) informação sobre o método de tratamento e seu alcance;
- b) comunicação sobre as dificuldades interpessoais avaliadas, sua hierarquização e seqüência a ser treinada;
- c) esclarecimento sobre a ampla incidência de dificuldades no comportamento social e o seu caráter situacional, como forma de aliviar possíveis apreensões iniciais;
- d) exposição sobre o planejamento geral do programa e as eventuais modificações que poderão ser feitas, caso necessário.

Para implementar esses passos o terapeuta poderá utilizar diferentes recursos, como o retroprojektor, o teatro de marionetes (no caso de crianças), a gravação em vídeo e outros.

Entre as vantagens do treinamento individual (Bulkeley & Cramer, 1994), pode-se citar:



- a) avaliação contínua do desempenho do cliente na sessão;
- b) possibilidade de ensaios extensos e repetição dos mesmos;
- c) maior disponibilidade do terapeuta para a modelagem de habilidades sociais específicas;
- d) modificação imediata dos procedimentos que não surtam os efeitos desejados.

## 1.2. Formato grupal

Muitos autores defendem explicitamente o formato grupal do THS (Bellack & Hersen, 1977; Del Prette, 1978, Z. Del Prette & A. Del Prette, 1997; Falcone, 1995; Lange & Jakubowski, 1976; Liberman et al., 1975). Os passos iniciais indicados para o formato individual são válidos também neste caso, dispensando a sua repetição aqui. Entre as vantagens dos programas de THS em grupo, podem ser mencionadas:

a) maior facilidade na aceitação do direito de agir assertivamente, à medida que os demais membros do grupo justificam essa aceitação e exemplificam ações de defesa desses direitos (Liberman et al., 1975);

b) oportunidade de o participante em treinamento decidir entre diferentes tipos de respostas sugeridas pelo grupo, sem depender exclusivamente das próprias alternativas propostas pelo terapeuta (Lange & Jakubowski, 1976);

c) provimento pelo grupo de situações similares às da vida real, criando oportunidades para a pessoa praticar novas variações de contato social (Liberman et al., 1975);

d) utilização de um maior número de situações-problema pelo terapeuta, propiciando mais experiências e suporte na solução desses problemas (Falcone, 1995);

e) possibilidade de prática e apoio em situações extratreinamento entre os membros do grupo (Caballo, 1993);

f) *feedback* e reforçamento liberados pelos membros do grupo (Alberti & Emmons, 1978);



g) diminuição no custo material do tratamento pela racionalização do tempo do terapeuta e, conseqüentemente, menor despesa para cada participante (Alberti & Emmons, 1978);

h) maior envolvimento motivacional dos participantes, uma vez que o THS em grupo volta-se para situações vividas pelos participantes nas sessões e fora delas (Z. Del Prette & A. Del Prette, 1997);

i) maximização das oportunidades de aprendizagem observacional e de aplicação das técnicas que requerem a cooperação de auxiliares, como a modelação e o ensaio comportamental (Z. Del Prette & A. Del Prette, 1997);

j) possibilidade de o terapeuta conhecer a subcultura grupal, importante nas decisões sobre objetivos comportamentais e critérios de avaliação (A. Del Prette & Z. Del Prette, 1995; Z. Del Prette & A. Del Prette, 1997);

## **2. HOMOGENEIDADE E HETEROGENEIDADE DOS PROBLEMAS**

Parece haver uma tendência na literatura a se preferir grupos homogêneos de treinamento (A. Del Prette, 1985a; 1985b; Chandler & Lubeck, 1992; Curran & Gilbert, 1981; Goldstein et al., 1980; King & Kirschenbaum, 1992; Khater, 1995; Lemos, 1981; Matson, 1980; McGinnis, Goldstein, Sprafkin & Gershaw, 1984; Santos, 1990; Vaughn & Hogan, 1994). Em nossa revisão, apenas em Liberman et al. (1975, p. 12-13) localizamos experiências com grupos heterogêneos, "compostos de pessoas com uma variedade de diferentes problemas e objetivos".

De qualquer maneira, mesmo utilizando grupos homogêneos, o terapeuta terá que considerar as diferenças de dificuldades e déficits, de repertório de entrada e, é claro, adequar-se à velocidade de aprendizagem de cada participante.

## **3. TAMANHO DO GRUPO**

Na literatura não existe consenso sobre o tamanho ideal de um grupo de THS. Liberman et al. (1975) defendem a composi-



ção de grupos com quatro a quinze participantes, Alberti e Emons (1978) falam entre dez e doze, Hidalgo e Abarca (1992) entre doze e quinze. De nossa parte, temos preferência por um número entre oito e doze, mas já conduzimos programas com grupos maiores, com dezoito e vinte e dois participantes (Z. Del Prette, Z. & A. Del Prette, 1997). Grupos grandes exigem planejamento de programas de maior duração.

Embora não se constitua regra geral (ver, por exemplo, Liberman et al., 1975), é preferível que o grupo seja "fechado" logo na primeira ou segunda sessão. Todo grupo adquire uma dinâmica própria (Hidalgo & Abarca, 1992) e permitir a entrada de novos participantes cria inúmeras dificuldades em seu funcionamento. Esse movimento pode quebrar o clima de amizade e confiança que o grupo desenvolve e gerar resistência em alguns membros.

#### **4. PAPEL DO COORDENADOR: TERAPEUTA OU DIRIGENTE?**

Quando se trata do uso do THS, enquanto método terapêutico (em formato individual ou de grupo), a designação terapeuta parece inteiramente correta. Quando se objetiva a profilaxia, maximização de relações positivas ou desenvolvimento interpessoal de pessoas sem queixas clínicas, pode-se pensar em outras denominações mais adequadas à natureza do processo, como por exemplo dirigente, facilitador ou coordenador. Nos Estados Unidos usa-se freqüentemente o termo treinador (Lange & Jakubowski, 1976), mas não há consenso quanto a isso.

Com relação à condução do grupo, um terapeuta ou dirigente é suficiente (Liberman et al., 1975), mas há vantagens no uso de um co-terapeuta. Ambos podem dividir as tarefas de planejamento e de condução do programa. É possível, ainda, contar com a cooperação de um terceiro elemento, o monitor, para observação ou filmagem. A participação de monitores requer o consentimento do grupo.



## 5. DINÂMICA DE UMA SESSÃO DE TREINAMENTO

As sessões de um programa de THS apresentam uma organização interna que depende das características do grupo (casais, adolescentes, executivos, etc.) e que se altera ao longo do processo. Conforme experiência pessoal com programas de THS (Del Prette, 1978; 1982; A. Del Prette, Z. Del Prette & Barreto, 1999; Z. Del Prette & A. Del Prette, 1997), é possível identificar três partes distintas de uma sessão:

1) *Parte inicial*. Consiste em sondagem, pelo terapeuta, sobre interesse, motivação e problemas do grupo: fornecimento de avisos ou instruções, verificação de tarefas de casa (solicitadas a partir das sessões intermediárias do programa) e proposta de treinamento de habilidade por parte de algum membro do grupo ou do terapeuta.

2) *Parte central*. Após a proposta de algum treinamento, a sessão se altera, observando-se alguma tensão no grupo e um novo posicionamento dos participantes (uma espécie de prontidão). Nesse momento ocorre a aplicação de procedimentos relacionados à proposta específica de treinamento ou às queixas registradas nas entrevistas iniciais, com o terapeuta provendo atividades para todos. Por exemplo, no caso de ensaio comportamental, o terapeuta pede a uma ou mais pessoas que cooperem desempenhando papéis específicos e, ainda, solicita aos demais que observem o desempenho da pessoa em treinamento e dêem *feedback*. Esta parte se encerra com o *feedback* dado pelo terapeuta à última pessoa treinada.

3) *Parte final*. Em geral o terapeuta solicita avaliação da sessão, dá *feedback* sobre essa avaliação, procurando modelar avaliações baseadas em fatos observáveis, atribui tarefas de casa (que podem ser diferenciadas) e verifica se todos estão sentindo-se confortáveis. Quando verifica que todos estão bem, o terapeuta encerra a sessão (momento de despedida).

## 6. ESTRUTURA DO PROGRAMA

Nas primeiras sessões do programa o terapeuta pode iniciá-las utilizando vários exercícios de aquecimento, objetivando a



comunicação, a quebra do silêncio e o reconhecimento dos membros do grupo. Nesses exercícios o terapeuta já tem oportunidade de observar as características de cada participante: o que tem facilidade ou dificuldade de processar as informações, o que prefere esperar a manifestação dos colegas, o que se revela negativista, aquele que não ouve o outro, e assim por diante. Com o passar de algum tempo os membros do grupo se tornam mais ativos, surgem amizades e a maioria estará sempre disposta a cooperar nos procedimentos. Observam-se algumas imitações dos comportamentos do terapeuta, principalmente na forma de dar *feedback*. Nessa fase do programa o terapeuta deve insistir na objetividade da auto-avaliação e, principalmente, da avaliação do outro, uma vez que o envolvimento (estar gostando do programa) pode viesar essa avaliação.

Nas últimas semanas do programa tornam-se freqüentes as expressões de tristeza e pesar pela proximidade do encerramento do treinamento. Alguns participantes estabelecem vínculos de amizade e dispõem-se a manter contato ou planejam atividades conjuntas para além da duração do mesmo.

## **7. DURAÇÃO DO PROGRAMA**

Não há uma duração considerada ótima para a aplicação dos programas de THS. Depende do planejamento inicial, feito com base na avaliação das dificuldades, déficits e recursos dos participantes (ver capítulo 6). Mas pode-se dizer que o THS é um tipo de terapia considerada breve e bons resultados podem ser esperados com duas sessões de uma hora e meia a duas horas por semana, com duração de aproximadamente quatro a cinco meses, ou programa com duração aproximada de seis a oito meses, no caso de uma sessão semanal.

## **8. LOCAL DE APLICAÇÃO E EQUIPAMENTOS**

Um programa de THS não requer um ambiente especial para sua aplicação. Basta uma sala espaçosa para acomodar os participantes sentados em semicírculo e com espaço amplo para a aplicação de procedimentos que exigem a movimentação de diversas pessoas. As cadeiras dos coordenadores ficam dispostas



à frente do semicírculo, possibilitando o contato e a distribuição de atenção a todos os participantes. Alguns equipamentos, além de um quadro de giz, aparelho de som, colchonetes para relaxamento, vão se tornando quase que obrigatórios nos programas de THS. Trata-se da filmadora, da televisão e do vídeo, que são usados para registro e para *videofeedback*.

## 9. UM EXEMPLO DE TREINAMENTO

Muitos manuais de THS trazem exemplos da utilização de procedimentos, com recortes das interações (Bower & Bower, 1977; Goldstein, 1973; Goldstein et al., 1980; Hidalgo & Abarca, 1992; Lange & Jakubowski, 1976). Apresentamos a seguir transcrição de parte de uma sessão de THS realizada com um grupo não-clínico de jovens do sexo feminino, pertencentes a estrato social pobre. Os nomes utilizados são fictícios.

NÚMERO DA SESSÃO:	10
TOTAL DE PARTICIPANTES:	12
OBJETIVOS DA SESSÃO:	Aquisição de habilidades de solicitar emprego numa situação de entrevista; <i>Comportamentos verbais:</i> apresentar-se, fazer perguntas, discordar, aprovar comportamentos do interlocutor, falar de si, mostrar interesse, fazer pedidos e despedir-se. <i>Comportamentos não verbais:</i> manter contato visual, adotar postura corporal compatível com as demandas da situação, sorrir e fazer meneios de cabeça em concordância.
TÉCNICAS UTILIZADAS:	Ensaio comportamental, reforçamento; modelação real, instrução e <i>feedback</i> .

O treinamento inicialmente consistiu de uma discussão sobre os comportamentos prováveis que poderiam ser expressos na situação de solicitar emprego. Arranjou-se então uma situação de ensaio comportamental, onde um dos participantes desempenharia o papel de solicitante do emprego, outros dois fariam o papel de funcionários auxiliares e o terapeuta participaria como gerente de



recursos humanos da empresa. Especificaram-se também aspectos físicos do ambiente, a sala do gerente com mesas, cadeiras, telefone e outros acessórios. À pessoa em treinamento foram dadas algumas instruções sobre como apresentar-se, cumprimentar, etc. Aos demais solicitou-se observação do desempenho da pessoa em treinamento. Um breve resumo ilustra o procedimento.

Sílvia:	Bom-dia! Meu nome é Sílvia... (pausa) Solicitei esta entrevista porque preciso (pausa) trabalhar.	<i>Mantém contato visual breve.</i>
Gerente:	Bom-dia, Sílvia. Eu sou o Paulo, encarregado do setor de Recursos Humanos. Vou direto ao assunto (pausa). De fato estamos com um programa para contratar vendedores. Qual a sua experiência?	<i>Examina a entrevistada com o olhar.</i>
Sílvia:	Olha, eu gostaria de trabalhar como vendedora...	<i>Evita contato visual.</i>
Gerente:	Você é casada?	<i>Olha para a mão de Sílvia.</i>
Sílvia:	Sou...	<i>Contato visual breve e postura tensa.</i>
Gerente:	Ah... Bem, a política da empresa é a de dar preferência a mulheres solteiras.	
Sílvia:	Então não vai ser possível?	<i>Abaixa a cabeça e o tom de voz.</i>
Gerente:	Penso que não no momento. Talvez em outra oportunidade.	

Neste ponto o desempenho foi interrompido<sup>3</sup>, sendo solicitado que a participante destacasse aspectos positivos de seu

---

3. Os desempenhos eram interrompidos após seqüências curtas com o objetivo de ensaiar componentes moleculares, apresentar *feedback* temporalmente próximo ao desempenho e evitar que o sujeito se engajasse em comportamentos malsucedidos.



próprio desempenho, descrevesse e identificasse comportamentos alternativos para responder às restrições do gerente à admissão de mulher casada. Os demais participantes são solicitados a avaliar o desempenho de Sílvia e as alternativas identificadas. Um resumo da análise dos membros do grupo, sobre o desempenho daquela que solicitou o emprego,<sup>4</sup> é ilustrado a seguir:

- Madalena: Achei que, quando o gerente falou que tinha um programa de contratar vendedores, ela teria que aproveitar aí.
- Terapeuta: É, nesse momento ela falou que gostaria de trabalhar como vendedora. Qual outro comportamento ela poderia ter apresentado?
- Fátima: Só que ela não olhou para ele, né?!
- Madalena: Ela deveria ter sido mais firme. Ter falado firme com ele!
- Terapeuta: Diga-nos o que você está querendo dizer com "falar firme".

Os participantes identificaram, como alternativas, argumentar e questionar o gerente, mas a solicitante, embora julgasse as sugestões desejáveis, afirmou sua dificuldade em emití-las. O terapeuta recolocou a situação de desempenho de papéis, avisou que iria desempenhar o papel de solicitante do emprego e convidou outro membro do grupo para o papel de gerente, solicitando especialmente a Sílvia que observasse o seu desempenho. Segue resumo:

- Gerente: ...estamos com um programa para contratar vendedores.

---

4. O problema do desemprego e as restrições feitas às mulheres foram discutidos em outros momentos e com outros procedimentos.



Terapeuta:	Ah! Muito bom. Espero conseguir o emprego e penso que logo adquirirei prática.	<i>Mantém contato visual e postura compatível.</i>
Gerente:	Você é casada?	
Terapeuta:	Sou.	
Gerente:	Nossa política é a de contratar mulheres solteiras...	
Terapeuta:	Bem, muitas empresas contratam mulheres casadas e estão satisfeitas! Não pretendo ter filhos tão já. Tenho meus documentos em ordem e cartas de apresentação.	<i>Contato visual, fala firme, dando ênfase a algumas palavras.</i>
Gerente:	Bem...	
Terapeuta:	A empresa está precisando de mais funcionários. É uma época de muitas vendas. Aqui estão minhas cartas de apresentação.	<i>Contato visual, entrega papéis.</i>

Nessa interrupção, Sílvia foi solicitada a descrever os comportamentos verbais e não verbais do terapeuta. Após essa descrição, uma outra seqüência foi iniciada, com o terapeuta permanecendo próximo de Sílvia, em condições de emitir comportamentos de aprovação contingentes a seu desempenho. Um membro do grupo participou como gerente.

Gerente:	Você é casada?	<i>Mantém contato visual.</i>
Sílvia:	Sou.	
Gerente:	Olha, a nossa política é a de contratar somente mulheres solteiras.	
Sílvia:	Por quê?	<i>Contato visual e postura adequada. O terapeuta faz sinal de aprovação.</i>



Gerente: Bem... (pausa) é a política da empresa para reduzir os custos.

Sílvia: Em muitas lojas... as mulheres casadas trabalham bem e as empresas estão satisfeitas! Eu preciso trabalhar e aprendo tudo rapidamente (pausa). Eu trouxe uma carta de apresentação.

Gerente: Você parece interessada... E os documentos?

*Terapeuta faz menção de aprovação e dá dica não verbal sobre a carta.*

Nova interrupção, sendo Sílvia elogiada em seu desempenho pelos colegas e pelo terapeuta. Discutiu-se com o grupo as alternativas de comportamento para a situação e solicitou-se *feedback* para o desempenho de Sílvia. O treinamento dessa habilidade foi realizado ainda várias vezes com Sílvia e com outros participantes do grupo que também apresentavam dificuldades e precisavam conseguir emprego, alterando-se a situação de modo a exigir novas habilidades e refinar ou fortalecer aquelas já adquiridas.

## 10. BASE ÉTICA

A cada dia que passa observa-se uma saudável e crescente preocupação com regras e ética que devem nortear as pesquisas e os serviços, não apenas na Psicologia, mas em todas as áreas que envolvem seres vivos.

Uma questão recorrente na terapia em geral, e na Terapia Comportamental-Cognitiva em particular, diz respeito ao uso que pode ser feito das habilidades sociais desenvolvidas nos programas de THS. Argyle explicita o problema de forma bastante clara:

“Afirma-se que a descoberta de melhores formas de atuação nas situações sociais cria o perigo de que as pessoas possam ser manipuladas pelos praticantes das novas habilidades” (Argyle, 1967/1994, p. 237).



A suposição de uso indevido das descobertas científicas há muito tempo tem sido utilizada como uma forma de oposição pouco razoável ao avanço das ciências. Tal perigo seguramente existe, mas cabe aos pesquisadores e à sociedade como um todo descobrir mecanismos eficazes para que as descobertas científicas sejam utilizadas em benefício geral, respeitando-se a vida.

A possibilidade de que o participante utilize as novas habilidades em interesse próprio, de maneira socialmente reprovável (por exemplo, na manipulação de outrem), existe em qualquer processo de aprendizagem, especialmente se, juntamente com tais aquisições, não houver esforços para o desenvolvimento de atitudes de respeito e para uma compreensão mais racional da reciprocidade das interações a médio e longo prazos. Nos programas de THS, com base em inúmeros autores (por exemplo, Alberti & Emmons, 1978; Bower & Bower, 1977; Liberman et al., 1975; Scott et al., 1983; Trower et al., 1978), observa-se uma preocupação com tais atitudes e valores. Um dos critérios norteadores dessas intervenções enfatiza que as interações em que uma pessoa manipula a outra não se sustentam por muito tempo, gerando diversas formas de contracontrole e de deterioração da própria relação (Linehan, 1984).

Quanto à questão acima, temos nos orientado por dois princípios (Del Prette, 1982; Del Prette, Del Prette & Castelo Branco, 1992), a seguir especificados.

### **10.1. Princípio dos direitos humanos**

Os programas de THS devem visar o desenvolvimento do repertório social do indivíduo para lidar de maneira adequada com seus problemas, com base no exercício dos direitos, especialmente os de caráter interpessoal, que se encontram respaldados na Declaração dos Direitos Humanos da Assembléia Geral das Nações Unidas. Entre tais direitos, podemos destacar:

a) todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e em direitos, são dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade;



b) todo homem tem direito à liberdade de opinião e expressão...

c) todo homem tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião; esse direito inclui a liberdade de mudar de religião ou crença e a liberdade de manifestar essa religião ou crença pelo ensino, pela prática, pelo culto...

Esses três itens têm uma ampla aplicação na análise dos direitos envolvidos nas relações interpessoais. Enquanto direitos universais, e acima das diferenças de raça, etnia ou religião, adotá-los para si implica aceitá-los também para as demais pessoas. Transformar a formulação genérica dos direitos universais numa formulação mais específica às relações interpessoais constitui importante etapa dos programas de THS. Assim, por exemplo, o direito a ser tratado com respeito e dignidade supõe reconhecer a necessidade de tratar o outro da mesma forma, o direito de pedir supõe o direito de aceitar recusa, o direito de discordar implica compreender e aceitar a discordância, e assim por diante.

O conjunto dos Direitos Humanos, embora não sejam todos diretamente traduzíveis em “direitos interpessoais”, estabelece as bases para ações legítimas (geralmente em relação a outrem) na conquista e defesa dos direitos individuais e coletivos.

## **10.2. Princípio do equilíbrio nas relações sociais**

Tal princípio provê ao terapeuta um guia seguro para auxiliar o cliente a lidar com situações críticas de sua situação de vida, considerando ambos os pólos da interação, ou seja, procurando equilibrar a quantidade e a qualidade dos reforçadores fornecidos e recebidos pelos interlocutores (Del Prette, 1982). Esta seria uma excelente base ética que pode evitar “criar ou acentuar desequilíbrios, onde as necessidades de um indivíduo ou grupo sejam satisfeitas às expensas de outros” (Del Prette, Del Prette & Castelo Branco, 1992, p. 41).

Utilizar esses princípios não significa supor ou pretender garantir que os participantes dos programas de THS se tornem pessoas com melhores requisitos morais ou espirituais. Os obje-



tivos do THS são mais modestos, embora se espere, de fato, que as novas habilidades possam ser utilizadas para uma melhor compreensão das relações sociais, remetendo para o lado positivo da Caixa de Pandora referida na introdução deste livro, ou seja, para uma maximização dos princípios de respeito e de solidariedade entre as pessoas.



## 9. APLICAÇÕES DO TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS

O Treinamento de Habilidades Sociais (THS) tem sido amplamente explorado, no contexto da Psicologia Clínica, para o tratamento e prevenção de problemas relacionados a déficits de habilidades ou competência social. Além disso, cada vez mais são relatadas aplicações associadas à melhoria da qualidade de vida e ao desenvolvimento pessoal e profissional, em contextos educacionais, comunitários e empresariais. Seguem-se algumas das principais aplicações identificadas na literatura corrente.

### 1. APLICAÇÕES NA CLÍNICA

O THS tem sido utilizado, ao longo de sua história, como método terapêutico principal para transtornos que envolvem, primariamente, problemas de relacionamento social, como os depressivos, de ansiedade e de fobia social, e como coadjuvante no tratamento de outros que apresentam dificuldades interpessoais correlatas, como os transtornos psicóticos (Argyle, 1967/1994; Morrison & Bellack, 1987; Wallace & Liberman, 1985). Em outras palavras, a aplicação do THS tem sido indicada para prover repertório social competente, quando a falha (dificuldade ou déficit) é identificada como causa primária ou como causa secundária do problema clínico. Alguns autores (por exemplo, Argyle, 1967/1994) chegam a afirmar que os transtornos mentais envolvem principalmente problemas de comunicação e de relações interpessoais, enquanto outros estudos (Bryant, Trower, Yardley, Urbietta & Letemendia, 1976; Curran et al., 1980)



identificam altas taxas de inadequação social associadas a problemas psicológicos e psiquiátricos, embora não se siga daí que os déficits em habilidades sociais causem ou sejam causados por aqueles problemas.

### **1.1. Transtornos afetivos e de ansiedade**

Entre outros sintomas os transtornos afetivos e de ansiedade envolvem dificuldades interpessoais que podem gerar perturbações nas relações sociais (Argyle, 1967/1994). Tais perturbações são mais acentuadas nos quadros de ansiedade social, fobia social e depressão.

Um nível moderado de ansiedade social pode ser considerado fenômeno comum da vida moderna, ligado à preocupação com a avaliação pelos demais, à busca do sucesso pessoal e à importância das relações sociais em todos os setores das ações humanas. No entanto, quando produz intenso desconforto e gera evitação de situações sociais, comprometendo a vida cotidiana, o trabalho e os relacionamentos em geral, configura-se a fobia social, com sintomas característicos e possibilidade de déficits de habilidades sociais (Hollandsworth, 1976). Os sujeitos fóbicos tendem a avaliar mais negativamente o próprio desempenho social, mesmo em situações em que foram habilidosos (Alden & Wallace, 1995). Eles apresentam maior preocupação com o próprio desempenho social e têm reações de ativação fisiológica diante de situações sociais que possuem características avaliativas ou são assim percebidas. A indicação do Treinamento de Habilidades Sociais (THS) para a fobia social baseia-se na suposição de que esta pode ser conseqüência de déficits em habilidades sociais e/ou de ansiedade associada a confrontos interpessoais, podendo-se combinar estratégias cognitivas de manejo da ansiedade e a exposição gradual ao objeto fóbico, via dessensibilização sistemática (Falcone, 1997).

No caso da depressão, mesmo supondo-se uma etiologia multivariada, com determinantes genéticos, bioquímicos e socio-culturais, não se pode ignorar que os chamados estados depressivos se caracterizam, também, pela deterioração das relações



sociais, que pode ser decorrente de perda, redução ou diminuição de eficácia de reforçadores positivos, bem como imitação e reforçamento de comportamentos depressivos. Uma hipótese explicativa para esses estados atribui a redução da quantidade e da efetividade dos reforçadores sociais aos déficits interpessoais (hipótese de Lewinsohn, 1975). No entanto, enquanto alguns estudos (como o de Cole & Milstead, 1989) encontram evidências de que a depressão inibe as habilidades sociais, outros (como os de Segrin, 1992; 1993; Shean & Heefner, 1995) questionam a função antecedente ou conseqüente dos déficits de habilidades sociais na depressão, concluindo por uma relação de concomitância entre ambos.

Associados a esses fatores encontram-se as relações entre estados depressivos e distorções no pensamento, no afeto e na percepção. Segrin (1992) chama a atenção para a tendência dos sujeitos depressivos a se auto-avaliarem negativamente, obtendo-se, dessa forma, uma relação significativa entre depressão e déficits de habilidades interpessoais, especialmente quando a avaliação é feita através de instrumentos de auto-relato.

A teoria do desamparo aprendido [*learned helplessness*] acrescenta novos elementos cognitivos às hipóteses explicativas da depressão. Vários estudos mostram que a depressão envolve a crença na falta de controle sobre o ambiente, ou seja, as pessoas deprimidas aprendem que as conseqüências negativas são incontroláveis, de nada adiantando seus esforços para mudá-las (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Seligman, 1990). Tais pessoas desenvolvem estilos atribucionais para explicar as causas de seus êxitos ou fracassos na vida, tendendo a atribuir os primeiros a causas externas e alheias ao seu controle e os segundos a si próprias (má sorte) ou à sua incapacidade. Em contraste, as pessoas otimistas, descritas por Seligman (1990, p. 143), são extremamente assertivas e socialmente competentes. Não se segue que pessoas com baixa competência social sejam depressivas, mas existem evidências empíricas e clínicas de que a ausência de repertório apropriado de habilidades sociais, principalmente o de asserção, relaciona-se com a depressão. Rimm e Masters (1974) afirmam que pessoas com déficits em habilidades sociais têm maior probabilidade de episódios depressivos.



Estudos recentes têm confirmado que os sujeitos deprimidos apresentam maior dificuldade para interpretar "dicas" faciais (Giannini et al., 1995) e que os sintomas depressivos na infância relacionam-se a dificuldades em várias áreas de competência, incluindo estilos mal-adaptativos de resolução de problemas sociais e déficits em habilidade de regulação do afeto e de negociação de conflitos (Rudolph, Hammen & Burge, 1994). Há evidências de que adolescentes e crianças deprimidos apresentam autoconceito e autoconfiança rebaixados, menor assertividade e popularidade prejudicada (Kennedy, Spence & Hensley, 1989; Marton, Cannolly, Kutcher & Korenblum, 1993; Nousiainen, Frame & Forehand, 1992). Segrin (1992) também identificou, numa amostra de universitários deprimidos, excessiva ansiedade social, baixo nível motivacional para comunicar-se com outros e pobre expressividade emocional. O funcionamento cognitivo das pessoas depressivas tem um papel determinante em suas dificuldades interpessoais e estas, por outro lado, tendem a reforçá-lo: o excesso de autocriticismo, a negação de auto-eficácia, a baixa auto-estima e as crenças distorcidas estão em geral associadas às dificuldades do depressivo em manter conversações interessantes, defender os próprios direitos e expressar empatia.

As características comportamentais, cognitivo-afetivas e de funcionamento fisiológico, associadas à depressão, justificam amplamente a indicação do THS como terapêutica de escolha nesse caso, e muitos estudos sugerem a eficácia dos programas de THS no tratamento da depressão (Bellack, Hersen & Himmelhoch, 1983; Lazarus, 1968; Reed, 1994). Conforme Trower (1995), a aplicação do THS tem sido mais desenvolvida em três grupos de diagnóstico, entre os quais se encontra o quadro da depressão.

## **1.2. Esquizofrenia**

No conjunto geral dos transtornos psicóticos, a esquizofrenia é o quadro de maior incidência. Embora os modelos organicistas de diagnóstico e tratamento gozem de primazia nos tratamentos hospitalar e ambulatorial, reconhece-se hoje a importância da educação e do ambiente na caracterização dos problemas desse



quadro nosológico e, conseqüentemente, intervenções para superá-los.

Para muitos autores (por exemplo, Liberman, 1982; Wallace & Liberman, 1985; Zigler & Levine, 1973) a perturbação do comportamento social não é somente um dos sintomas, mas é um dos mais característicos e dos que mais prejudicam o funcionamento psicossocial do indivíduo esquizofrênico. Não obstante o grande avanço das pesquisas farmacológicas na melhora do funcionamento mental do indivíduo esquizofrênico, a ação medicamentosa não resolve, por si só, questões agudas de contato social. Isto é especialmente verdadeiro para aqueles pacientes com longa história de internação, cujas relações sociais-afetivas se deterioraram com o distanciamento da família e da comunidade, além dos efeitos dramáticos que a vida hospitalar duradoura impõe. Bellack & Morrison (1982) defendem a efetividade do THS (associado ou não a outros métodos de tratamento, como os fármacos) dentre as terapias psicossociais para a esquizofrenia.

Os trabalhos de Zigler e colaboradores, nos anos 60 (Zigler & Levine, 1973; Zigler & Phillips, 1960; 1961; 1962), mostraram a importância da efetividade social na redução do tempo de hospitalização, no número de recaídas e no ajustamento posterior às internações. Estudos mais recentes vêm confirmando esses dados. Halford & Hayes (1995) encontraram que os índices de habilidades sociais predisseram o funcionamento social de sujeitos esquizofrênicos e que essa associação era estatisticamente independente da severidade dos sintomas psicóticos. Amminger, Mutschlechner & Resh (1994) apresentam evidências adicionais de que os déficits de competência social podem modelar a expressão de sintomas psicóticos, favorecendo o desenvolvimento da esquizofrenia.

A competência social dos esquizofrênicos tem sido sistematicamente investigada nas pesquisas desenvolvidas no Instituto de Psiquiatria de Pensilvânia, na Filadélfia, nos anos 90 (Bellack, Sayers, Mueser & Bennett, 1994; Blanchard, Bellack & Mueser, 1994; Mueser, Bellack, Douglas & Morrison, 1991; Mueser et al., 1996; Penn, Mueser, Doonan & Nishith, 1995; entre



outros). Esses estudos têm focalizado aspectos tais como o reconhecimento de emoções, o processamento de informações, a resolução de problemas interpessoais, o autocuidado, o nível de ajustamento social anterior à crise psicótica, a estabilidade das habilidades sociais e a influência de características como o gênero e a idade.

O processo de desinstitucionalização de pacientes mentais, iniciado nos Estados Unidos e Europa há mais de três décadas, vem recentemente ganhando força no Brasil. Tal processo levanta, entre outras, a questão de como ressocializar o paciente com longa história de internação hospitalar, propondo as chamadas terapias psicossociais como alternativas de intervenção (Figueiredo Junior, 1996) e reconhecendo, dentre elas, a crescente utilização do THS (Olfson, 1990; Santos, Hawkins et al., 1993; Wallace, Nelson & Liberman, 1980). A eficácia do THS na promoção de habilidades sociais de pacientes esquizofrênicos foi documentada em cerca de cinquenta estudos desde a década de setenta nos Estados Unidos (Figueiredo Junior, 1996).

Quando o psicólogo clínico atende o indivíduo esquizofrênico (hospitalizado ou não), por meio de um programa de THS, ele não tem a pretensão de anunciar a cura desse quadro nosológico mas de tornar as relações sociais do paciente mais satisfatórias, melhorando sua auto-estima, tornando-o mais sensível ao contato social e diminuindo suas reinternações. Em geral, os programas de THS dão ênfase à aprendizagem de habilidades sociais cotidianas, relacionadas à comunicação verbal e não verbal, ao autocuidado, ao estabelecimento de amizade, à negociação, ao namoro e à resolução de problemas (Bellack, Morrison & Mueser, 1989; Brown & Carmichael, 1992). As estratégias de treinamento envolvem usualmente a decomposição de classes amplas de comportamento em unidades menores (como o fazer perguntas, o sorriso, o contato visual e a gesticulação apropriada) com o treinamento dessas unidades e sua reintegração posterior em desempenhos molares, podendo incluir intervenções junto à família (por exemplo, Halford & Hayes, 1991).



### 1.3. Timidez e isolamento social

A timidez e o isolamento social são problemas relativamente comuns, tanto na população jovem (crianças e adolescentes) quanto na adulta (incluindo também os idosos). Falcone (1997) faz referência à pesquisa conduzida por Zimbardo com quase cinco mil estadunidenses, identificando que mais de oitenta por cento deles já haviam passado por um período de timidez em suas vidas e que cerca de um quarto destes era constituído de tímidos crônicos. Pessoas tímidas e isoladas geralmente são descritas como excessivamente controladas em suas emoções. No dizer de Lazarus (1977, p. 152) “são pessoas que se permitem tão pouca liberdade de movimento (...) que vivem em uma prisão emocional, como que encapsuladas”. Em geral exibem um repertório pobre em habilidades sociais, com déficits em articulação, postura, “vivacidade”, conversação em geral, expressividade e manejo de interações (Prisbell, 1991). Essas pessoas sentem-se desconfortáveis e inseguras nos contatos sociais, principalmente na vivência de situações consideradas críticas, com demandas para o falar de si, a expressão de afeição ou desagrado, a defesa dos próprios direitos e a aceitação ou refutação de críticas.

Há autores (por exemplo, Arrindell et al., 1990) que situam a timidez como um constructo mais amplo que a assertividade, compreendendo seus componentes comportamentais e afetivos. De fato, a timidez associa-se a outros componentes cognitivo-afetivos como baixa auto-estima, passividade e tendência de busca de satisfação sexual isolada. Alden e Cappe (1981) alertam ainda para o perigo do uso de álcool e drogas como estratégia para diminuir o desconforto do isolamento ou para superar a ansiedade social, uma prática comum entre os jovens e cada vez mais utilizada até na pré-adolescência.

No caso das crianças tímidas verifica-se também grande dificuldade para iniciarem interações mesmo com colegas e tendência a reagirem negativamente às tentativas de contato feitas pelos seus pares. Frequentemente centram seus interesses e amizade em apenas um colega e sentem-se inconsoláveis quando o intercâmbio é interrompido. As crianças tímidas procuram ati-



vidades que não requerem contato social, como a leitura, os jogos de montagem, os quebra-cabeças (*puzzles*) e, é claro, a televisão ou o computador.

Os estudos relatados em Kagan et al. (1994) mostram que cerca de vinte por cento das crianças apresentam-se inibidas desde o nascimento e dois terços destas mantêm esse padrão quando adultos. Por outro lado, muitas crianças não tímidas podem apresentar episódios de timidez. A superação da timidez inicial depende em grande parte das experiências propiciadas pelos pais ou cuidadores e, posteriormente, pela própria criança. Considerando que as habilidades sociais são aprendidas nas relações interpessoais, o isolamento das crianças tímidas reduz o seu acesso às condições de superação do problema, criando um círculo vicioso e ampliando ainda mais seu isolamento e suas dificuldades de interação.

O THS pode ser visto, portanto, como uma indicação clara para a ruptura desse ciclo. São vários os diferentes formatos de THS destinados à população tímida, a maioria realizada em contexto grupal com forte ênfase nas habilidades de conversação, de formação de amizade e de resolução de problemas interpessoais (Booth, 1990; Christoff et al., 1985; Haynes-Clements & Avery, 1984; King & Kirschenbaum, 1992; Storey et al., 1994). Mais recentemente, estão aparecendo, na literatura, relatos de programas estruturados de desenvolvimento das habilidades da comunicação destinados a pessoas tímidas (Kelly & Keaten, 1992; Kelly, Duran & Stewart, 1990), com resultados bastante promissores.

#### **1.4. Problemas conjugais e familiares**

Muitos dos problemas conjugais, à exceção daqueles de etiologia sexual, têm suas origens nos déficits interpessoais e nas dificuldades generalizadas de expressão de sentimentos positivos. Rangé e Dattilio (1995) examinaram três enfoques terapêuticos da terapia de casais (o da aprendizagem social, o cognitivo e uma vertente que integra os dois primeiros a uma abordagem comportamental), destacando a importância do treinamento em habilidades de comunicação e de expressão de sentimentos, as-



sim como de discussão, negociação e resolução de problemas interpessoais, na superação de problemas conjugais. De uma maneira ou de outra, as terapias conjugais devem necessariamente lidar com o processo de interação entre os cônjuges. Gottman e Rushe (1995) fazem uma extensa revisão da história da terapia conjugal na perspectiva da Terapia Comportamental e destacam o status do THS para os problemas conjugais.

Problemas relacionados ao desequilíbrio na troca de compensações ou de estimulações aversivas indicam a necessidade de ajuda terapêutica. Entre as modalidades de treinamento o THS é uma alternativa recomendada, tanto na forma individual quanto na grupal. Podem ser citadas algumas versões de programas de THS para casais, como os que envolvem o treinamento de habilidades de relacionamento íntimo (Durana, 1994), de comunicação de afeto e resolução de conflitos (Noller & Guthrie, 1989; Costa, 1987) e habilidades assertivas específicas (Gordon & Waldo, 1984; Osborn & Hanis, 1975). No caso da violência conjugal, Whitchurch e Pace (1993) fazem uma revisão crítica dos programas voltados para habilidades de comunicação, defendendo a necessidade de associar o treinamento destas a uma intervenção sobre as características da relação conjugal.

O THS também pode ser utilizado na prevenção de problemas conjugais ou para tornar as interações dos casais mais satisfatórias. Pesquisas conduzidas por Gottman e Rushe (1995) ressaltam que os casais insatisfeitos com o casamento mostravam maior reciprocidade de interações negativas, enquanto os casais satisfeitos ou bem-sucedidos apresentavam mais concórdia entre o par, criticavam-se menos e eram mais atentos um em relação ao outro. Essas habilidades, negativas ou positivas, podem ser respectivamente reduzidas ou maximizadas através de programas de THS, além de outras habilidades tidas como importantes, como expressar sentimentos positivos e resolver problemas conjuntamente.

As terapias familiares geralmente lidam diretamente com as dificuldades em habilidades de comunicação, de expressão de sentimentos e de opiniões e também com os desequilíbrios nas



trocas comportamentais que podem estar associados aos problemas centrais que motivaram a busca de ajuda especializada. Openshaw, Mills, Adams & Durso (1992) relatam a efetividade de um programa de THS para melhorar as habilidades e reduzir os conflitos de díades pais-adolescentes, verificando que a efetividade do programa estava associada ao incremento na frequência com que os pais passaram a dar *feedback* positivo e aceitar *feedback* negativo aos filhos.

### 1.5. Outras aplicações clínicas

Além das aplicações anteriormente referidas, um corpo crescente de relatos da literatura vem mostrando novas possibilidades do THS como coadjuvante no tratamento de quadros clínicos, como os de sociopatias, problemas de agressividade e delinqüência, abuso e dependência de substâncias psicoativas (álcool e drogas em geral), entre outros.

Nos transtornos de personalidade anti-social, como nos casos de delinqüentes e psicopatas, Argyle (1967/1994) chama a atenção para o fato de que, embora estes apresentem geralmente déficits de habilidades sociais (impulsividade, agressão, falta de empatia e de consideração pelos demais, percepção equivocada dos fatos sociais), há também os que conseguem simular um desempenho socialmente competente para lograr objetivos interpessoais imediatos. Como visto em capítulos anteriores, tal desempenho, isoladamente, não atende aos demais critérios de competência social, e os objetivos que buscam atingir revelam problemas em componentes cognitivo-afetivos do desempenho social. Entre as habilidades sociais enfatizadas no atendimento e estudo desses casos, uma alternativa aparentemente promissora é a que vem se concentrando na análise e promoção da empatia e no desenvolvimento do autocontrole da raiva (Richardson et al., 1994; Pithers, 1994; Miron-Redondo, Otero-Lopez & Luengo-Martin, 1989). Spence e Spence (1980) relatam um programa de THS com quarenta e quatro adolescentes delinqüentes, comparando os dados do grupo que participou do programa de THS com os de um grupo de controle, que recebeu apenas atenção sem terapia, e os de um grupo sem qualquer



intervenção. Os autores verificaram que o grupo de THS apresentou aumento da auto-estima e da internalidade no *locus* de controle, estabelecidos como objetivos de tratamento e entendidos como fatores de recuperação desses sujeitos. Noutra direção, a de aumentar a sensibilidade para relações sociais mais satisfatórias entre delinquentes juvenis, Malthur e Rutherford (1994) descrevem o uso bem-sucedido de um programa de THS voltado para habilidades de fala positiva, tais como chamar os demais pelo nome, desempenhar boas maneiras, apresentar afirmações positivas sobre o presente e o futuro e referir-se favoravelmente a si e aos outros.

O problema da agressividade também tem levado à busca de ajuda terapêutica, e ela tem sido relacionada, por alguns autores (Aktar & Bradley, 1991), a um padrão sociocognitivo deficitário que inclui falha em decodificar as “dicas” ambientais relevantes, tendência a atribuir intenções hostis ao interlocutor, geração de soluções menos efetivas diante das demandas sociais, busca de objetivos sociais inapropriados, déficits de desempenhos sociais e avaliação egocêntrica das reações do ambiente. Todos esses aspectos podem ser vistos como componentes cognitivos e afetivos pertinentes aos objetivos de um THS.

Ainda em relação a outras aplicações clínicas do THS pode-se citar alguns transtornos relacionados à dependência de substâncias psicoativas, que constituem quadros bastante complexos e multideterminados. No caso do alcoolismo, sua relação com habilidades sociais parece ser mediada por fatores como depressão e ansiedade social. A ingestão de álcool pode ser uma resposta imediata do indivíduo a uma ansiedade social generalizada ou uma forma de reação a situações de pressão ou de stress, para as quais o indivíduo não dispõe de alternativas mais assertivas ou socialmente mais competentes, como nos casos em que é levado à ingestão por meio da pressão ou da sedução do grupo. Caballo (1993) chama a atenção para a importância de programas de THS que contemplem não apenas a promoção de habilidades sociais dos dependentes, mas também a criação e maximização das redes de apoio social (família, trabalho, religião) que contribuem para a prevenção das toxicomanias e das



recaídas de ex-dependentes. Werch (1995), resumindo as recomendações dos organismos federais e nacionais dos Estados Unidos e da literatura recente sobre prevenção, inclui também versões de THS como parte de um programa psicossocial mais amplo com a população-alvo e para a preparação dos agentes condutores desses programas.

## **2. APLICAÇÕES NA EDUCAÇÃO**

As aplicações anteriormente apresentadas permitem identificar a aplicação do THS a uma ampla variedade de transtornos que remetem, em última instância, à qualidade das relações interpessoais, enquanto um dos fatores que podem estar na origem e, portanto, também na superação desses problemas.

Além das aplicações clínicas, geralmente de caráter remediativo, observa-se atualmente a exploração do THS em intervenções que poderiam ser caracterizadas como preventivas ou educacionais, realizadas no contexto do ensino formal (regular e especial) e de outros ambientes sociais.

### **2.1. Treinamento de Habilidades Sociais no ensino especial**

Os conceitos e intervenções da área de THS vêm sendo crescentemente aplicados no âmbito do ensino especial, principalmente no atendimento às necessidades educativas especiais associadas ao retardo mental, às deficiências sensoriais e aos problemas de aprendizagem.

As mudanças introduzidas no conceito de retardo mental pela Associação Americana de Retardo Mental (AAMR, 1992) reconhecem explicitamente a necessidade de um diagnóstico funcional do retardo, além do rebaixamento intelectual, ao considerarem concomitantemente as limitações em duas ou mais de dez áreas de "habilidades adaptativas", dentre as quais a de habilidades sociais (Luckasson et al., 1992). Essas habilidades são derivadas dos conceitos de "inteligência prática" e de "inteligência social" (Greenspan & Granfield, 1992; Mathias & Nettelbeck, 1992), reconhecidas por muitos autores como fatores importantes no ajustamento escolar das crianças com necessidades edu-



cativas especiais (Healey & Masterpasqua, 1992; Hemphill & Siperstein, 1990; Salisbury, Gallucci, Palombaro & Peck, 1995; Siperstein, 1992).

Além de constituir *uma* das dez classes de habilidades estabelecidas como critério de diagnóstico, pode-se verificar que as demais (comunicação, autocuidado, vida doméstica, uso de recursos comunitários, autodireção, saúde e segurança, funcionamento acadêmico, lazer e trabalho) incluem também muitos dos componentes das habilidades sociais, tal como esse conceito foi apresentado nos capítulos anteriores deste volume.

Amparados por esse novo conceito, muitos estudos têm enfocando as habilidades sociais de indivíduos com retardo mental ou com distúrbios de aprendizagem como objetivos de ensino e, em particular, como objetivos relacionados à preparação dessa clientela para o trabalho (Chadsey-Rush, 1992; Clement-Heist, Siegel & Gaylord-Ross, 1992; Morgan & Salzberg, 1992).

O THS tem sido também utilizado com vistas ao desenvolvimento das habilidades de comunicação de deficientes sensoriais, visuais e auditivos (Greenberg & Kusche, 1993; Van Hasselt, Kazdin, Hersen, Simon & Mantantuono, 1985) e de outros indivíduos com necessidades educativas especiais, como os autistas (Kamps et al., 1992; Koegel & Frea, 1993), as crianças hiperativas (Frederick & Olmi, 1994; Goldstein & Goldstein, 1992) e, em nosso meio, também os deformados faciais (Amaral, Bravo & Messias, 1996). Além da variedade da clientela pode-se salientar ainda, no âmbito do ensino especial, muitas experiências inovadoras em termos de procedimentos alternativos para o THS (avaliação e treinamento através do computador, ensino incidental, ensino cooperativo mediado por colegas e o ensino através de atividades físicas), conforme já referido no capítulo 7.

Na interface entre o ensino regular e o ensino especial, particularmente em relação à clientela que apresenta dificuldades de aprendizagem, observam-se estudos que examinam a relação entre distúrbios de aprendizagem (*learning disabilities*) e habilidades sociais. Apesar da polêmica ainda existente (por exemplo, Forness & Kavale, 1991; Swanson & Malone, 1992), há evidências



de uma correlação positiva, na população de ensino regular, entre dificuldades de aprendizagem e déficits em habilidades sociais, o que tem gerado propostas de programas de habilidades sociais para essa clientela (Gresham, 1992; Haager & Vaughn, 1995; Trapani & Gettinger, 1989; Vaughn, 1991). No Brasil essas questões têm recebido pouca atenção dos pesquisadores até o momento.

## **2.2. Treinamento de Habilidades Sociais no ensino regular**

Especificamente no ensino regular, a literatura internacional aponta para uma crescente preocupação com o desenvolvimento emocional e com as habilidades de relacionamento interpessoal, reconhecidas como objetivos pertinentes a uma concepção mais abrangente de educação escolar e nela incluídos através de programas para escolares e pré-escolares (Chandler & Lubeck, 1992; McGinnis & Goldstein, 1990; Morgan & Pearson, 1994; Storey, Danko, Ashworth & Strain, 1994). Há experiências de inclusão de habilidades sociais como objetivos curriculares em alguns países, como por exemplo Portugal (Campos, 1989), Espanha (Arándiga & Tortosa, 1996) e Chile (Arón & Milicic, 1994).

Essa preocupação também pode ser localizada no âmbito do ensino superior e da formação profissional, através de muitos estudos com universitários (Bryant & Trower, 1974; Zea, Tyler & Franco, 1991) e categorias profissionais específicas, especialmente nas áreas em que a efetividade da atuação profissional depende criticamente da qualidade da interação com o cliente (por exemplo, Horton & Brown, 1990). Um programa desenvolvido com professores, conduzido por Arón e Milicic (1994), incluiu tanto a apresentação dos pressupostos teóricos como o treinamento em habilidades interpessoais requeridas na condução de atividades específicas de ensino. Há quase duas décadas atrás Argyle (1980) já chamava a atenção para a importância do THS na formação de professores, destacando, entre as características do bom professor, a competência interpessoal associada ao entusiasmo, ao criticismo, ao uso de aprovação social, às explicações claras e ao uso de perguntas hierarquizadas. Alberti e



Emmons (1978) também fizeram referência à importância das habilidades de comunicação assertiva do professor em suas relações com pais, supervisores e alunos.

Em nosso meio podemos citar nossa própria experiência, que tem sido, em grande parte, direcionada para estudos de avaliação e intervenção de habilidades sociais em contextos escolares de primeiro, segundo e terceiro graus. Neste último caso, ela está relacionada particularmente às habilidades interpessoais profissionais do psicólogo e do professor (Del Prette, 1978; Z. Del Prette & A. Del Prette, 1996b; 1997; Del Prette, Del Prette & Castelo Branco, 1992; A. Del Prette et al., 1998).

### **2.3. Outras aplicações além do sistema formal de ensino**

As aplicações não clínicas do THS incluem também objetivos de desenvolvimento interpessoal que, embora de caráter educativo, são implementados fora do sistema formal de ensino, podendo ser caracterizadas como preventivas ou de melhoria da qualidade de vida dos participantes. Essas alternativas se apóiam no pressuposto da importância das habilidades sociais para a qualidade das relações sociais, o bem-estar e a saúde mental das pessoas (Argyle & Lu, 1990). Elas incluem intervenções não clínicas, conduzidas com o objetivo de resolução imediata de problemas interpessoais e prevenção de outros, diretamente em grupos de crianças e adolescentes (Del Prette, 1982; Del Prette, 1983) ou indiretamente com os pais (Budd & Itzkowitz, 1990).

Com essa mesma preocupação podem ser citados os programas auto-instrucionais em habilidades sociais, que não são propriamente novidade nos Estados Unidos, mas que só há pouco tempo começaram a ganhar aceitação do público jovem (crianças e adolescentes). Essas publicações são geralmente ilustradas com muitos exemplos e leitura acessível a cada faixa etária e com ênfase no desenvolvimento da auto-estima, da comunicação apropriada e da expressão de sentimentos.

No campo da Psicologia da Saúde, e em particular na prevenção de problemas que envolvem a redução de comportamen-



tos interpessoais de risco, pode-se identificar uma área de aplicação bastante relevante para o THS. Por exemplo, a prevenção da AIDS, decorrente de contato sexual, envolve, necessariamente, a comunicação assertiva e habilidades como as de defender direitos (próprios e do outro), de recusar e de convencer o outro a usar preservativo. Sikkema, Winett e Lombard (1995) relatam a utilização bem-sucedida de um THS cognitivo-comportamental para universitárias heterossexuais na promoção de comportamentos sexuais assertivos.

Alguns estudos vêm colocando a questão das habilidades sociais dentro de um foco mais amplo das relações sociais, baseando-se na noção de redes de apoio social (*social support network*) e de rearranjo do ambiente, como forma de integrar e aumentar o bem-estar de indivíduos com retardo ou com doença mental (Stein, Cislo & Ward, 1994; Kennedy, 1989) e como estratégia de prevenção dos mais diversos problemas, como abuso de drogas, delinqüência e violência.

Em vários casos, como por exemplo os de caráter institucional, a análise sistêmica das relações e interações que ocorrem nesse contexto permite identificar fatores que ultrapassam o âmbito dos objetivos de intervenção do THS, definindo os limites de sua efetividade. As redes de apoio social representam, portanto, uma alternativa adicional para ampliar a efetividade e a validade social do THS, inserindo-o em intervenções mais abrangentes (Carey & Stoner, 1994; Hepler, 1994; Ogilvy, 1994; Vaughn, 1991). Outros estudos (por exemplo, Elliot & Gramling, 1990) enfatizam a importância de se investir na promoção da assertividade para que o indivíduo possa se beneficiar das redes de apoio social potencialmente acessíveis.

Referindo-se mais especificamente ao Treinamento Assertivo, Alberti e Emmons (1978) já destacavam, há duas décadas, outros campos de aplicação das intervenções voltadas ao desenvolvimento de habilidades interpessoais: as organizações governamentais e industriais, através do treinamento de gerentes, vendedores, supervisores e mesmo funcionários menos qualificados; o setor jornalístico, especialmente no treinamento em



habilidades de entrevista; os movimentos sociais em geral, em habilidades de defender direitos, organizar-se coletivamente e abordar autoridades.

No âmbito da Psicologia Organizacional o movimento atual das empresas pela gestão compartilhada, pelo trabalho organizado em equipes e pela redução da rigidez hierárquica como fatores de maior produtividade tem se refletido em novos critérios de avaliação profissional que privilegiam um conjunto de habilidades sociais paralelas aos requisitos técnicos da função-alvo, e criam, portanto, novos espaços de aplicação do THS. Esses espaços incluem o momento da seleção para obtenção de emprego, o que tem sido objeto de estudo de alguns autores (Hollandsworth & Sandifer, 1979; Speas, 1979). Por outro lado, considerando-se as mudanças na composição demográfica da população trabalhadora, cada vez mais incluindo a população feminina, pode-se prever outras demandas para o exercício de habilidades sociais, como a reivindicação e defesa de direitos trabalhistas, a negociação de deveres e horários com os empregadores ou, ainda, a resolução de conflitos de atribuições domésticas com os cônjuges.

Programas de THS são, ainda, especialmente desejáveis na promoção do desenvolvimento e da qualidade de vida em diferentes etapas do ciclo vital. Pode-se, por exemplo, conceber programas de THS a serem implementados por pais e atendentes de instituições para bebês e crianças, voltados para a promoção da competência social desde a mais tenra idade. Noutro extremo, a população de terceira idade certamente seria bastante beneficiada com programas voltados para habilidades sociais envolvidas na reorganização de estilos de vida, na resolução de conflitos decorrentes de preconceitos ou superproteção e na defesa e reivindicação de direitos nem sempre garantidos em nosso meio.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abarca, N. & Hidalgo, C.G. (1989). Evaluación psicométrica de habilidades sociales en jóvenes universitarios chilenos. *Revista Análisis del Comportamiento*, 4, 51-62.
- Abramson, L.Y., Seligman, M.E. & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Akhtar, N. & Bradley, E.J. (1991). Social information processing deficits of aggressive children: Present findings and implications for social skills training. *Clinical Psychology Review*, 11(5), 621-644.
- Alberti, R.E. & Emmons, M.I. (1978). *Comportamento assertivo: Um guia de auto-expressão*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Alden, L. & Cappe, R. (1981). Nonassertiveness: Skill deficit or selective self-evaluation? *Behavior Therapy*, 12, 107-114.
- Alden, L.E. & Wallace, S.T. (1995). Social phobia and social appraisal in successful and unsuccessful social interactions. *Behaviour Research and Therapy*, 33(5), 497-505.
- Amaral, V.L.A.R., Bravo, M.C.M. & Messias, T.S.C. (1996). Desenvolvimento de habilidades sociais em adolescentes portadores de deformidades faciais. *Estudos de Psicologia*, 13(3), 31-47.
- Amminger, G.P., Mutschlechner, R. & Resch, F. (1994). Social competence and adolescent psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 165(2), 273.
- Arándiga, A.V. & Tortosa, C.V. (1996). *Las habilidades sociales en la escuela: Una propuesta curricular*. Madrid: Editorial EOS.
- Argyle, M. (1975). *Bodily communication*. Londres: Methuen.
- Argyle, M. (1980). The development of applied social psychology. Em: G. Gilmour & S. Duck (orgs.), *The development of Social Psychology*. Londres: Academic Press.



- Argyle, M. (1981). The nature of social skill. Em: M. Argyle (org.), *Social skills and health*. Londres: Methuen.
- Argyle, M. (1984). Some new developments in social skills training. *Bulletin of British Psychological Society*, 37, 405-410.
- Argyle, M. (1967/1994). *Psicologia del comportamiento interpersonal*. Madrid: Alianza Universidad (Originalmente publicado em 1967).
- Argyle, M. & Dean, J. (1965). Eye contact, distance and affiliation. *Sociometry*, 28, 289-304.
- Argyle, M. & Kendon, A. (1967). The experimental analysis of social performance. *Advances in Experimental Social Psychology*, 3, 55-98
- Argyle, M. & Lu, L. (1990). Happiness and social skills. *Personality and Individual Differences*, 11(12), 1255-1261.
- Argyle, M. & Trower, P. (1981). *Tu e os outros: Formas de comunicação*. São Paulo: Harper & Row do Brasil Ltda.
- Argyle, M., Bryant, B. & Trower, P. (1974). Social skills training and psychotherapy: A comparative study. *Psychological Medicine*, 4, 435-443.
- Argyle, M., Furnham, A. & Graham, J.A. (1981). *Social situations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Arón, A.M. & Milicic, M. (1994). *Viver com os outros: Programa de desenvolvimento de habilidades sociais*. Campinas: Workshopsy.
- Arrindell, W.A., Sanderman, R., Hageman, W.J.J.M., Pickersgill, M.J., Kwee, M.G.T., Van der Mollen, H.T. & Lingsma, M.M. (1990). Correlates of assertiveness in normal and clinical samples: A multidimensional approach. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 12, 153-182.
- Axtell, R. (1994). *Gestos: Manual de sobrevivência para enfrentar a globalização*. São Paulo: Campus.
- Ayres, L.S.M. (1994). *Uma escala brasileira para a medida da assertividade*. Dissertação de Mestrado. Universidade Gama Filho. Rio de Janeiro.
- Baer, D.N., Wolf, M.N. & Risley, T. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1(1), 91-97.
- Bandura, A. (1965). Influence of model's reinforcement contingencies on the acquisition of imitative responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 689-695.



- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Bandura, A. (1979). *Modificação do comportamento*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Bandura, A., Ross, D. & Ross, S.A. (1963a). Vicarious reinforcement and imitative learning. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, 601-607.
- Bandura, A., Ross, D. & Ross, S.A. (1963b). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 575-582.
- Barcellos, A.B. & Haydu, V.B. (1995). História da psicoterapia comportamental. Em: Rangé (org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas* (43-53). Campinas: Editorial Psy.
- Beck, A.T. (1976 ). *Cognitive therapy and emotional disorders*. Nova York: International Universities Press.
- Beck, S. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37.
- Beckman, P.J., Lieber, J. (1994). The Social Strategy Scale: A approach to evaluating social competence. *Journal of Early Intervention*, 18(1), 1-11.
- Beelmann, A., Pfingsten, U. & Losel, F. (1994). Effects of training social competence in children: A meta-analysis of recent evaluation studies. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23(3), 260-271.
- Bellack, A.S. (1979). A critical appraisal of strategies for assessing social skill. *Behavioral Assessment*, 1, 157-176.
- Bellack, A.S. & Hersen, M. (1977). Social skills training. *Behavior modification: An introductory textbook* (p. 141-171). Baltimore: The Williams e Wilking Company.
- Bellack, A.S. & Morrison, R. (1982). Interpersonal disfunction. Em: A.J. Bellack, M. Hersen & A.E. Kazdin (eds.), *International handbook of Behavior Modification and Therapy*. Nova York: Plenum Press.
- Bellack, A.S., Hersen, M. & Himmelhock, J.M. (1983). A comparison of social skills training, pharmacotherapy and psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 101-107.



- Bellack, A.S., Hersen, M. & Lamparski, D. (1979). Role-play tests: Are they valid? Are they useful? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 391-398.
- Bellack, A.S., Morrison, R.L. & Mueser, K.T. (1989). Social problem-solving in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 5*(1), 101-116.
- Bellack, A.S., Sayers, M., Mueser, K.T. & Bennett, M. (1994). Evaluation of social problem solving in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(2), 371-378.
- Bijstra, J.O., Bosma, H.A. & Jackson, S. (1994). The relationship between social skills and psycho-social functioning in early adolescence. *Personality and Individual Differences, 16*(5), 767-776.
- Blanchard, J.J., Bellack, A.S. & Mueser, K.T. (1994). Affective and social-behavioral correlates of physical and social anhedonia in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(4), 719-728.
- Bluehardt, M.H. & Shephard, R.J. (1995). Using an extracurricular physical activity program to enhance social skills. *Journal of Learning Disabilities, 28*(3), 160-169.
- Blumer, C.H. & McNamara, J.R. (1985). Preparatory procedures for videotaped feedback to improve social skill. *Psychological Reports, 57*, 549-550.
- Booth, R. (1990). A short-term peer model for treating shyness in college students: A note on an exploratory study. *Psychological Reports, 66*(2), 417-418.
- Bower, S.A. & Bower, G.H. (1976). *Asserting yourself: A practical guide for positive change*. California: Addison-Wesley Publishing Co.
- Branco, A.U. & Mettel, T.P. de L. (1984). Comportamento pró-social: Um estudo com pré-escolares. *Psicologia, 10*, 43-61.
- Brian, P.F. & Olmi, D.J. (1994). Children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A review of the literature on social skills deficits. *Psychology in the schools, 31*, 288-296.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brown, G.T. & Carmichael, K. (1992). Assertiveness training for clients with a psychiatric illness: A pilot study. *British Journal of Occupational Therapy, 55*(4), 137-140.



- Bryan, T. (1994). The social competence of students with learning disabilities over time: A response to Vaughn and Hogan. *Journal of Learning Disabilities, 27*(5), 304-308.
- Bryant, B. & Trower, P. (1974). Social difficulty in a student sample. *British Journal of Educational Psychology, 44*, 13-21.
- Bryant, B., Trower, P., Yardley, K., Urbietta, H. & Letemendia, F.J.J. (1976). A survey of social inadequacy among psychiatric outpatients. *Psychological Medicine, 6*, 101-112.
- Budd, K.S. & Itzkowitz, J.S. (1990). Parents as social skills trainers and evaluators of children. *Child and Family Behavior Therapy, 12*(3), 13-30.
- Bulkeley, R. & Cramer, D. (1990). Social skills training with young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 19*, 451-463.
- Caballo, V.E. (1987). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valência: Promolibro.
- Caballo, V.E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales*. Madri: Siglo Veintiuno.
- Caballo, V.E. (1996). A questão ambiental. Em: V.E. Caballo (org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (751-764). São Paulo: Santos Editora.
- Caballo, V.E. & Buela, G. (1989). Diferencias conductuales, cognoscitivas y emocionais entre sujetos de alta e baja habilidade social. *Revista de Análises del Comportamiento, 4*, 1-19.
- Caballo, V.E. & Carrobes, J.A.I. (1988). Comparación de la efectividad de diferentes programas de entrenamiento en habilidades sociales. *Revista Española de Terapia del Comportamiento, 6*(2), 93-114.
- Caballo, V.E. & Simón, M.A. (1995). La terapia de conducta en la actualidad: Una entrevista com Joseph Wolpe. *Psicologia Conductual, 3*(2), 251-256.
- Câmara Cascudo, L. da (1987). *História dos nossos gestos*. Belo Horizonte: EDUSP.
- Campos, B.P. (1989). Formação pessoal e social e desenvolvimento psicológico dos alunos. *Cadernos de Consulta Psicológica, 5*, 123-134.
- Campos, L.F.L. (1997). Terapia Racional Emotiva Comportamental. Em: R.A. Banaco (org.), *Sobre comportamento e cognição I: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista* (p. 11-16). Santo André: ARBytes (vol. 1).



- Carey, S.P. & Stoner, G. (1994). Contextual consideration in social skills instruction. *Social Psychology Quarterly*, 9(2), 137-141.
- Cautela, J.R. (1971). Covert extinction. *Behavior Therapy*, 2, 192-200.
- Cautela, J.R. (1976). The present status of covert modeling. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6, 323-326.
- Chadsey-Rusch, J. (1992). Toward defining and measuring social skills in employment settings. Special Issue: Social skills. *American Journal on Mental Retardation*, 96(4), 405-418.
- Chandler, L.K. & Lubeck, R.C. (1992). Generalization and maintenance of preschool children's social skills: A critical review and analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25, 415-428.
- Cherulnik, P.D. (1995). Physical appearance, social skill, and performance as a leadership candidate. *Basic and Applied Social Psychology*, 16(3), 287-295.
- Christoff, K.A., Scott, W.O.N., Kelley, M.L., Schlundt, D., Baer, G. & Kelly, J.A. (1985). Social skills and social problem-solving training for shy young adolescents. *Behavior Therapy*, 16, 468-477.
- Clement-Heist, K., Siegel, S. & Gaylord-Ross, R. (1992). Simulated and in situ vocational social skills training for youths with learning disabilities. *Exceptional Children*, 58(4), 336-345.
- Cole, D. & Milstead, M. (1989). Behavioral correlates of depression: Antecedents or consequences? *Journal of Counseling Psychology*, 36(4), 408-416.
- Costa, D.F.T. (1995). *Competência social: Um estudo preliminar com adolescentes normais e deficientes físicos*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCCAMP.
- Costa, M.E. (1987). Promoção de competências de comunicação num grupo de jovens casais. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 3, 127-132.
- Curran, J. (1979). Pandora's box reopened? The assessment of social skills. *Journal of Behavioral Assessment*, 1, 55-71.
- Curran, J.P. & Gilbert, F.S. (1981). A test of the relative effectiveness of a systematic desensitization program and an interpersonal skills training program with anxious subjects. *Behavior Therapy*, 6, 510-521.
- Curran, J.P., Corriveau, D.P., Monti, P.M. & Hagerman, S.B. (1980). Social skill and social anxiety: Self-report measurement in a psychiatric population. *Behavior Modification*, 4, 493-512.



- Davis, F. (1979). *A comunicação não verbal*. São Paulo: Summus.
- Del Prette, A. (1978). O treino assertivo na formação do psicólogo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada*, 30, 53-55.
- Del Prette, A. (1982). *Treinamento comportamental em grupo junto à população não clínica de baixa renda: Uma análise descritiva de procedimento*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Del Prette, A. (1985a). Treinamento Comportamental em grupo: Uma análise descritiva de procedimento. *Psicologia USP*, 11(2), 39-54.
- Del Prette, A. (1985b). Treinamento Comportamental: Uma alternativa de atendimento à população não clínica. *Revista de Psicologia*, 3(1), 67-81.
- Del Prette, A. (1991). Do estudo de grupos ao estudo dos movimentos sociais: A contribuição possível da Psicologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 7(3), 247-253.
- Del Prette, A. (1995). A Psicologia Social e a análise do fato social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 7(1-2), 133-140.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z.A.P. (1997). Habilidades sociais e construção de conhecimento em contexto escolar. Em: D.R. Zamignani (org.), *Sobre comportamento e cognição: A aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos* (p. 234-250). Santo André: ARBytes (vol. 3).
- Del Prette, A., Del Prette, Z.A.P. & Barreto, M.C.M. (1999). Habilidades sociales en la formación profesional del psicólogo: Análisis de un programa de intervención. *Psicología Conductual*, 7, 27-47.
- Del Prette, A., Del Prette, Z.A.P. & Castelo Branco, U.V. (1992). Competência social na formação do psicólogo. *Paidéia: Cadernos de Educação*, 2, 40-50.
- Del Prette, A., Del Prette, Z.A.P., Pontes, A.C. & Torres, A.C. (1998). Efeitos de uma intervenção sobre a topografia das habilidades sociais de professores. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2(1), 11-22.
- Del Prette, A., Branco, A.M.U., Almeida, N.V., Gil, M.S.A. & Ades, C. (1987). A utilização do objeto nas interações pró-sociais apresentadas por crianças de pré-escola. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2(3), 245-264.
- Del Prette, Z.A.P. (1983). *Uma análise descritiva de um programa de treinamento comportamental em grupo junto à população não-clí-*



- nica de baixa renda*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba.
- Del Prette, Z.A.P. (1985). Uma análise descritiva dos processos comportamentais em um programa de treinamento em grupo. *Psicologia USP*, 11(1), 45-63.
- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (1983). Análise de repertório assertivo em estudantes de Psicologia. *Revista de Psicologia*, (1), 15-24.
- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (1995). Notas sobre pensamento e linguagem em Skinner e Vygotsky. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 8(1), 147-164.
- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (1996a). Habilidades sociais: Uma área em desenvolvimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 9(2), 287-289.
- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (1996b). Habilidades envolvidas na atuação do psicólogo escolar/educacional. Em: S.M. Wechsler (org.), *Psicologia Escolar: Pesquisa, Formação e Prática* (139-156). Campinas: Alínea.
- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (1997). Um programa de desenvolvimento de habilidades sociais na formação continuada de professores. Em: Associação Nacional de Pesquisa em Educação (org.), *CD-Rom dos trabalhos selecionados para apresentação* (29 p.), 20<sup>a</sup> Reunião Anual da ANPED, Caxambu.
- Del Prette, Z.A.P., Del Prette, A. & Barreto, M.C.M. (1998). Análise de um Inventário de Habilidades Sociais (IHS) em uma amostra de universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14(3), 219-228.
- Del Prette, Z.A.P., Del Prette, A. & Correia, M.F.B. (1992). Competência social: um estudo comparativo entre alunos de Psicologia, Serviço Social & Engenharia Mecânica. *Psicólogo Escolar: Identidade e Perspectivas*, 382-384.
- Del Prette, Z.A.P., Del Prette, A., Garcia, F.A., Silva, A.B.T., Puntel, L. (1998). Habilidades sociais do professor: Um estudo de caso. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(3), 611-623.
- Du Paul, G.Z.J. & Eckert, T.L. (1994). The effects of social skills curricula: Now you see them, now you don't. *School Psychology Quarterly*, 9(2), 113-132.
- Durana, C. (1994). TI: The use of bonding and emotional expressiveness in the Pairs training: A psychoeducational approach for couples. *Journal of Family Psychotherapy*, 5(2), 65-81.



- D'Zurilla, T.J. (1988). Problem-solving therapies. Em: K. Dobson (ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (p. 81-102), Nova York: The Guilford Press.
- D'Zurilla, T.J. & Goldfried, R.M. (1971). Problem-solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology, 78*, 107-126.
- Edelstein, B.A. & Yoman, J. (1996). A entrevista comportamental. Em: V.E. Caballo (org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (663-683). São Paulo: Santos Editora.
- Eisenberg, N., Fabes, R.A. & Murphy, B.C. (1996). Parent's reactions to children's negative emotions: Relations to children's social competence and comforting behavior. *Child Development, 67*, 2227-2247.
- Eisenberg, N., Fabes, R.A., Schaller, M., Carlo, G. & Miller, P.A. (1991). The relations of parental characteristic and practices to children's vicarious emotional responding. *Child Development, 62*, 1393-1408.
- Eisler, R.M., Miller, P.M. & Hersen, M. (1973). Development of assertive responses: Clinical, measurement and research considerations. *Behaviour Research and Therapy, 11*, 505-521.
- Eisler, R.M., Hersen, M., Miller, P.M. & Blanchard, E.B. (1975). Situational determinants of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*, 330-340.
- Ekman, P. & Friesen, W.V. (1971). Constants across cultures in the face and emotion. *Journal of Personality and Social Psychology, 17*, 124-129.
- Ekman, P., Friesen, W.V., O'Sullivan, M. & Scherer, K.R. (1980). Relative importance of face, body and speech in judgements of personality and affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 38*, 270-277.
- Elliott, T.R. & Gramling, S.E. (1990). Personal assertiveness and the effects of social support among college students. *Journal of Counseling Psychology, 37*(4), 427-436.
- Ellis, A. (1974). *Humanistic psychotherapy: The rational emotive approach*. Nova York: Julian Press.
- Ellis, A. (1993). Changing Rational-Emotive Therapy (RET) to Rational Emotive Behavior Therapy (REBT). *Behavioral Therapist, 16*(10), 257-258.
- Emery, R.E. (1989). Family violence. Special Issue: Children and their development: Knowledge base, research agenda, and social policy application. *American Psychologist, 44*(2), 321-328.



- Fad, K.S. (1989). The fast track to success: Social behavioral skills. *Intervention in School and Clinic*, 3 (1), 39-42.
- Falcone, E.M.O. (1995). Grupos. Em: B. Rangé (org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas* (159-169). Campinas: Editorial Psy.
- Falcone, E.M.O. (1997). Técnicas cognitivas e comportamentais no tratamento da fobia social. Em: Zamignani (org.), *Sobre comportamento e cognição: A aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos* (p. 115-127). Santo André: ARBytes (vol. 3).
- Farmer, D.V. (1994). Increasing requests by adults with developmental disabilities using incidental teaching by peers. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(3), 533-544.
- Feldman, S.S. & Wentzel, K.R. (1990). Relations among family interaction patterns, classroom self-restraint and academic achievement in preadolescent boys. *Journal Educational Psychology*, 82(4), 813-819.
- Feng, H. & Cartledge, G. (1995). Social skill assessment of inner city Asian, African and European American students. *School Psychology Review*, 25(2), 228-239.
- Fernandes, M.S. (1996). Uma entrevista com Arnold A. Lazarus. *Psicologia Conductual*, 4(2), 263-273.
- Figueiredo Junior, M.M. (1996). *Esquizofrenia e reabilitação psicossocial: Perspectivas teóricas e práticas*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Forness, S.R. & Kavale, K.A. (1991). Social skills deficits as primary learning disabilities: A note on problems with the ICLD diagnostic criteria. *Learning Disabilities Research and Practice*, 6(1), 44-49.
- Forster, S.L. & Ritchley, W.L. (1979). Issues in assessment of social competence in children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 625-638.
- Franks, C.M. (1996). Origens, história recente, questões atuais e estudos futuros da terapia comportamental: Uma revisão conceitual. Em: V.E. Caballo (org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (3-22). São Paulo: Santos Editora.
- Frederick, B.P. & Olmi, D.J. (1994). Children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A review of the literature on social skills deficits. *Psychology in the schools*, 31 (4), 288-296.



- Furnham, A. (1979). Assertiveness in three cultures: multidimensionality and cultural differences. *Journal of Clinical Psychology, 35*, 522-527.
- Gallois, C. (1993). The language and communication of emotion: Universal, interpersonal, or intergroup? *American Behavioral Scientist, 36*(3), 309-338.
- Gambrill, E.D. (1995). Assertion skills training. Em: W. O'Donohue & L. Krasner (eds.), *Handbook of psychological skills training: Clinical techniques and application* (p. 81-118). Nova York: Allyn and Bacon.
- Gambrill, E. (1995). Helping shy, social anxious and lonely adults: A skill-based contextual approach. Em: W. O'Donohue & L. Krasner (eds.), *Handbook of psychological skills training: Clinical techniques and applications* (p. 247-286). Nova York: Allyn and Bacon.
- Gambrill, E.D. & Richey, C.A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy, 6*, 550-561.
- Giannini, A.J., Folts, D.J., Melemis, S.M., Giannini, M.C. & Loiselle, R.H. (1995). Depressed men's lower ability to interpret nonverbal cues: A preliminary study. *Perceptual and Motor Skills, 81*(2), 555-560.
- Glasgow, R.E. & Arkowitz, H. (1975). The behavioral assessment of male and female social competence in dyadic heterosexual interactions. *Behavior Therapy, 6*, 488-498.
- Goldstein, A.P. (1973). *Structured learning therapy: Toward a psychotherapy for the poor*. Nova York: Academic Press.
- Goldstein, A.P., Sprafkin, R.P., Gershaw, N.J., Klein, P. (1980). *Skillstreaming the adolescent: A structured approach to teaching prosocial skills*. Illinois: Research Press Company.
- Goldstein, S. & Goldstein, M. (1992). *Hiperatividade: Como desenvolver a capacidade de atenção da criança*. Tradução de Maria Celeste Marcondes. São Paulo: Papyrus (2ª ed).
- Goleman, D. (1995). *Inteligência emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Gongorra, M.A.N. (1995). *A entrevista clínica inicial: Análise de um programa de ensino*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- Gordon, S. & Waldo, M. (1984). The effects of assertiveness training on couples relationships. *American Journal of Family Therapy, 12*, 73-78.
- Gottman, J. & Rushe, R. (1995). Communication skills approaches to treating ailing marriages: A recommendation for a new marital therapy cal-



- led "Minimal Marital Therapy". Em: W. O'Donohue & L. Krasner (eds.), *Handbook of psychological skills training: Clinical techniques and applications* (p. 287-305). Nova York: Allyn and Bacon.
- Greenberg, M.T. & Kusche, C.A. (1993). *Promoting social and emotional development in deaf children: The Paths project*. [CD-Rom] Abstract from: Silver Platter File: Psych Lit Item 94-028004-000.
- Greenspan, S. & Granfield, J.M. (1992). Reconsidering the construct of mental retardation: Implications of a model of social competence. *American Journal on Mental Retardation*, 96(4), 442-453.
- Gresham, F.M. (1981). Social skills training with handicapped children: a review. *Review of Educational Research*, 51, 139-176.
- Gresham, F.M. (1992). Social skills and learning disabilities: causal, concomitant or correlational? *School Psychological Review*, 21, 348-60.
- Gresham, F.M. & Elliot, S.N. (1987). Social skills deficits of students: issues of definition, classification and assessment. *Journal of Reading, Writing and Learning Disabilities International*, 3, 131-148.
- Gresham, F.M. & Nagle, R.J. (1980). Social skills training with children: Responsiveness to modeling and coaching as a function of peer orientation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 718-729.
- Haager, D. & Vaughn, S. (1995). Parent, teacher, peer and self-report of the social competence of students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 28(4), 205-15.
- Halford, W.K. & Hayes, R. (1991). Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients: Recent findings on social skills training and family psychoeducation. *Clinical Psychology Review*, 11(1), 23-44.
- Halford, W.K. & Hayes, R.L. (1995). Social skills in schizophrenia: Assessing the relationship between social skills, psychopathology and community functioning. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30(1), 14-19.
- Hall, E.T. (1977). *A dimensão oculta*. Rio de Janeiro: Francisco Alves (2<sup>a</sup> ed.).
- Hargie, O., Saunders, C. & Dickson, D. (1981/1994). *Social skills in interpersonal communication*. Londres/Nova York: Routledge (3<sup>a</sup> ed.).
- Harold, H., Dawley, J. & Wenrich, W.W. (1976). *Achieving assertive behavior: A guide to assertive training*. Califórnia: Wadsworth Publishing Company.



- Haynes-Clements, L.A. & Avery, A.W. (1984). A cognitive-behavioral approach to social skills training with shy persons. *Journal of Clinical Psychology, 40* (3), 710-713.
- Healey, K.N. & Masterpasqua, F. (1992). Interpersonal cognitive problem-solving among children with mild mental retardation. Special Issue: Social skills. *American Journal on Mental Retardation, 96*(4), 367-372.
- Hemphill, L. & Siperstein, G.N. (1990). Conversational competence and peer response to mildly retarded children. *Journal of Educational Psychology, 82*(1), 128-134.
- Hepler, J.B. (1994). Evaluating the effectiveness of a social skills program for preadolescents. *Research on Social Work Practice, 4*(4), 411-435.
- Hidalgo, C.H. & Abarca, N.M. (1992). *Comunicación interpersonal: Programa de entrenamiento en habilidades sociales*. Santiago do Chile: Editorial Universitaria.
- Hollandsworth, J.G. Jr. (1976). Further investigation of the relationship between expressed social fear and assertiveness. *Behaviour Research and Therapy, 14*, 85-87.
- Hollandsworth, J.G. Jr. & Sandifer, B.A. (1979). Behavioral training for increasing effective job-interview skills: Follow-up and evaluation. *Journal of Counseling Psychology, 26*(5), 448-450.
- Hope, D.A. & Mindell, J.A. (1994). Global social skill ratings: Measures of social behavior or physical attractiveness? *Behaviour Research and Therapy, 32*(4), 463-469.
- Hops, H. (1983). Children's social competence and skill: Current research practices and future directions. *Behavior Therapy, 14*, 3-18.
- Horton, G.E. & Brown, D. (1990). The importance of interpersonal skills in consultee-centered consultation: A review. *Journal of Counseling and Development, 68*(4), 423-426.
- Irvin, L.K. & Walker, H.M. (1994). Assessing children's social skills using video-based microcomputer technology. Special Issue: Technology-based assessment within special education. *Exceptional Children, 61*(2), 182-196.
- Jegede, O.J. & Olajide, O.J. (1995). Wait-time, classroom discourse, and the influence of sociocultural factors in science teaching. *Science Education 79*(3), 233-249.



- Jonas, A.L. (1997). O que é auto-regra? Em: R.A. Banaco (org.), *Sobre comportamento e cognição I: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista* (p. 144-147). Santo André: ARBytes (vol. 1).
- Kagan, J., Snidman, N., Arcus, D., Reznick, J.S. (1994). *Galen's prophecy: Temperament in human nature*. Cambridge, MA (US): Harvard University: Basic Books, Inc.
- Kamps, D.M., Leonard, B.R., Vernon, S., Dugan, E.P., Delquari, J.C., Gershon, B., Wade, L. & Folk, L. (1992). Teaching social skills to students with autism to increase peer interactions in an integrated first-grade classroom. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25(2), 281-288.
- Kazdin, A.E. (1974). Comparative effects of some variations of covert modeling. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 5, 225-231.
- Kazdin, A.E. (1995). Terapia de habilidades em solución de problemas para niños com transtornos de conducta. *Psicología Conductual*, 3(2), 231-250.
- Keller, F.S. & Schoenfeld, W.N. (1970). *Princípios de Psicologia*. São Paulo: Herder.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. Nova York: Norton.
- Kelly, L. & Keaten, J. (1992). A test of the effectiveness of the Reticence Program at the Pennsylvania State University. *Communication-Education*, 41(4), 361-374.
- Kelly, L., Duran, R.L. & Stewart, J. (1990). Rhetoritherapy revisited: A test of its effectiveness as a treatment for communication problems. *Communication-Education*, 39(3), 207-226.
- Kendon, A. (1981). Geography of gesture. *Semiótica*, 37, 129-163.
- Kennedy, C. (1989). Community integration and well-being: Toward the goals of community care. *Journal of Social Issues*, 45(3), 65-77.
- Kennedy, E., Spence, S.H. & Hensley, E. (1989). An examination of the relationship between childhood depression and social competence amongst primary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 30(4), 561-573.
- Khater, E.M.M. (1995). *Competência social: Discriminação e manejo de dinheiro em deficientes mentais treináveis*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUCAMP.



- King, C.A. & Kirschenbaum, D.S. (1992). *Helping young children develop social skills: The social growth program*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Koegel, R.L. & Frea, W.D. (1993). Treatment of social behavior in autism through the modification of pivotal social skills. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26(3), 369-377.
- Kontos, S., Hsu, H.C. & Dunn, L. (1994). Children's cognitive and social competence in child care centers and family day-care homes. Special Issue: Diversity and development of Asian Americans. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 15(3), 387-411.
- Krevans, J. & Gibbs, J.C. (1996). Parent's use of inductive discipline: Relations to children's empathy and prosocial behavior. *Child Development*, 67, 3263-3277.
- Ladd, W.G. & Mize, J. (1983). A cognitive-social learning model of social skill training. *Psychological Review*, 90, 127-157.
- Lange, J.L. & Jakubowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior*. Illinois: Research Press Co.
- Last, C.G., Barlow, D.H. & O'Brien, G.T. (1985). Assessing cognitive aspects of anxiety: Stability over time and agreement between several methods. *Behavior Modification*, 9, 72-93.
- Lazarus, A.A. (1966). Behavior rehearsal vs. non-directive therapy vs. advice in affecting behaviour change. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 209-212.
- Lazarus, A.A. (1968). Learning theory and the treatment of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 6, 83-89.
- Lazarus, A.A. (1977). *Psicoterapia Personalista: Uma visão além do condicionamento*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Leach, G.M. (1981). Uma comparação do comportamento social de crianças-problema e crianças normais. Em: N.B. Jones (org.), *Estudos etológicos do comportamento da criança* (p. 259-292). São Paulo: Pioneira.
- Leary, M.R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.
- Lega, L.I. (1996). A terapia racional emotiva: Uma conversa com Alberti Ellis. Em: V.E. Caballo (org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (425-440). São Paulo: Santos Editora.



- Lega, L.I., Caballo, V.E. & Ellis, A. (1997). Teoría y práctica de la terapia racional ecomotivo-comportamental. Madrid: Siglo XXI de España.
- Lemos, D.I.M. (1981). *Aplicação de um programa de treinamento assertivo a um grupo de menores institucionalizados*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade de Campinas (PUCCAMP).
- Levenson, R.W. & Gottman, J.M. (1978). Toward the assesment of social competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (3), 453-462.
- Lewin, K. (1973). *Princípios de psicologia topológica*. São Paulo: Cultrix.
- Lewinsohn, P.M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. Em: M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (orgs.), *Progress in behavior modification* (volume 11, p. 19-64), Nova York: Academic Press.
- Liberman, R.P. (1982). Assessment of social skills. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 203-212.
- Liberman, R.P., King, L.W., DeRisi, W.J. & McCann, M. (1975). *Personal effectiveness*. Champaign/Illinois: Research Press.
- Linehan, M.M. (1984). Interpersonal effectiveness in assertive situations. Em: E.E. Bleechman (ed.), *Behavior modification with women*. Nova York: Guilford Press.
- Lipp, M.N., Haythornthwaite, J. & Anderson, D.E. (1996). Medidas diversas da assertividade em adultos. *Estudos de Psicologia*, 13(1), 19-26.
- Lipton, D.M. & Nelson, R. (1980). The contribution of initiation behaviors to dating frequency. *Behavior Therapy*, 11, 59-67.
- Locke, E.A., Frederick, E., Lee, C. & Bobko, P. (1984). Effect of self-efficacy, goals and task strategies on task performance. *Journal of Applied Psychology*, 69, 241-251.
- Lordello, E.R. (1986). *Comportamento de cuidado entre crianças*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo.
- Luckasson, R., Coulter, D.L., Polloway, E.A., Reiss, S., Schalock, R., Snell, M.E., Spitalnik, D.M. & Stark, J.A. (1992). *Mental Retardation: Definitio, classification and systems of supports*. American Association on Mental Retardation, Washington (DC), 9ª ed.
- Luthar, S.S. & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 6-22.



- Maag, J.W. (1989). Assessment in social skill training: Methodological and conceptual issues for research and practice. *Remedial and Special Education, 10*, 6-17.
- Mahaney, M.M. & Kern, J.M. (1983). Variations on role-playing tests of heterosocial performance. *The Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 151-152.
- Main, M. & George, C. (1985). Responses of abused and disadvantaged toddlers to distress in agemates: A study in day-care setting. *Developmental Psychology, 21*(3).
- Marton, P., Connolly, J., Kutcher, S. & Korenblum, M. (1993). Cognitive social skills and social self-appraisal in depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*(4), 739-744.
- Mathias, J.L. & Nettelbeck, T. (1992). Validity of Greenspan's models of adaptive and social intelligence. *Research in Developmental Disabilities, 13*(2), 113-129.
- Mathur, S.R. & Rutherford, R.B. (1991). Peer-mediated interventions promoting social skills of children and youth with behavioral disorders. *Education and Treatment of Children, 14*(3), 227-242.
- Matson, J.L. (1980). A controlled group study of pedestrian-skill training for the mentally retarded. *Behaviour Research and Therapy, 18*, 99-106.
- Matson, J.L., Sevin, J.A. & Box, M.L. (1995). Social skills in children. Em: W. O'Donohue & L. Krasner (eds.), *Handbook of psychological skills training: Clinical techniques and applications* (p. 36-53). Nova York: Allyn and Bacon.
- Matson, J.L., Rotatory, A.F. & Helsel, W.J. (1983). Development of rating scale to measure social skills in children: The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (Messy). *Behaviour Research and Therapy, 21*, 335-340.
- McFall, R.M. (1976). Behavioral training: a skill acquisition approach to clinical problems. Em: J. Spence (ed.), *Behavioral approaches to therapy* (p. 227-259). Morristown: General Learning Press.
- McFall, R.M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment, 4*, 1-33.



- McFall, R.M. & Twentyman, C.T. (1973). Four experiments on the relative contributions of rehearsal, modeling and coaching to assertion training. *Journal of Abnormal Psychology, 81*, 199-218.
- McGinnis, E. & Goldstein, A.P. (1990). *Skillstreaming in early childhood: teaching prosocial skills to the preschool e kindergarten child*. Champaign/Illinois: Research Press.
- McGinnis, E., Goldstein, A.P., Sprafkin, R.P. & Gershaw, N.J. (1984). *Skillstreaming the elementary school child: A guide for teaching prosocial skills*. Champaign/Illinois: Research Press.
- McIntoshi, R., Vaughn, S. & Zaragoza, N. (1991). A review of social interventions for students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities, 24*(8), 451-458.
- Meichenbaum, D. (1981). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. Nova York: Plenum Press.
- Mejias, N.P. (1997). A história da modificação de comportamento no Brasil. Em: M. Delitti (org.), *Sobre comportamento e cognição: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental* (p. 8-17). Santo André: ARBytes (vol. 1).
- Michelson, L., Molcan, K. & Poorman, S. (1986). The development and psychometric properties of Nurses Assertiveness Inventory (NAI). *Behaviour Research and Therapy, 24*, 77-81.
- Miller, S.S. & Funabiki, D. (1984). Predictive validity of the social performance survey schedule for components interpersonal behaviors. *Behavioral Assessment, 6*, 33-34.
- Miron-Redondo, L., Otero-Lopez, J.M. & Luengo-Martin, A. (1989). Empatía y conducta antisocial. *Análisis y Modificación de Conducta, 15*(44), 239-254.
- Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review, 80*, 252-283.
- Morgan, R.L. & Salzberg, C.L. (1992). Effects of video-assisted training on employment-related social skills of adults with severe mental retardation. *Journal of Applied Behavior Analysis, 25*(2), 365-383.
- Morgan, V. & Pearson, S. (1994). Social skills training in a junior school setting. *Educational Psychology in Practice, 10*(2), 99-103.
- Morrison, R.L. & Bellack, A.S. (1981). The role of social perception in social skills. *Behavior Therapy, 12*, 69-79.



- Morrison, R.L. & Bellack, A.S. (1987). Social functioning of schizophrenic patients: Clinical and research issues. *Schizophrenia Bulletin*, 13(4), 715-725.
- Mueser, K.T., Bellack, A.S., Douglas, M.S. & Morrison, R.L. (1991). Prevalence and stability of social skill deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 5(2), 167-176.
- Mueser, K.T., Doonan, R., Penn, D.L., Blanchard, J.J., Bellack, A.S., Nisith, P. & DeLeon, J. (1996). Emotion recognition and social competence in chronic schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 271-275.
- Muscott, H.S. & Gifford, T. (1994). Virtual reality and social skills training for students with behavioral disorders: Applications, challenges and promising practices. *Education and Treatment of Children*, 17(4), 417-434.
- Nezu, A.M. (1987). A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7, 121-144.
- Nezu, A.M. & Nezu, C.M. (1996). Treinamento em solução de problemas. Em: V.E. Caballo (org.), *Manual de Técnicas de terapia e modificação de comportamento* (471-493). São Paulo: Santos Editora.
- Noller, P. & Guthrie, D. (1989). Assessment and modification of marital communication. Special Issue: Behavioural marital therapy. *Behaviour Change*, 6(3-4), 124-136.
- Nousianen, S.D., Frame, C. & Forehand, R. (1992). Actual and perceived social competence in depressed, conduct problem, and normal children. *Child Study Journal*, 22(2), 103-113.
- Ogilvy, C.M. (1994). Social skills training with children and adolescents: A review of evidence on effectiveness. *Educational Psychology*, 14(1), 73-83.
- Olson, M. (1990). Assertive community treatment: An evaluation of experimental evidence. *Hospital Community Psychiatry*, 41(6), 634-641.
- Openshaw, D.K., Mills, T.A., Adams, G.R. & Durso, D.D. (1992). Conflict resolution in parent-adolescent dyads: The influence of social skills training. *Journal of Adolescent Research*, 7(4), 457-468.



- Osborn, S. & Harris, G. (1975). *Assertive training for women*. Springfield: Charles Thomas.
- Otta, E. (1994). *O sorriso e seus significados*. Petrópolis: Vozes.
- Otta, E., Petri, R., Miranda, H.N., Souza, R.C.R., Hotimsky, K., Valero, P.V., Gola, N., Rubin, D. & Silva, D.H. (1989). Influência de adereços na formação de primeiras impressões. *Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia*, 1(03), 47-49.
- Ovide, F. (1981). *Las terapias del comportamiento*. Barcelona: Herder.
- Pasquali, L. & Gouveia, V.V. (1990). Escala de assertividade de Rathus - RAS: Adaptação brasileira. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 6(3), 233-249.
- Penn, D.L., Mueser, K.T., Doonan, R. & Nishith, P. (1995). Relations between social skills and ward behavior in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 16(3), 225-232. TI: Information processing and social competence in chronic schizophrenia.
- Peterson, C. & Seligman, M. (1986). Attributional style in depression: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 974-991.
- Peterson, D., Kromrey, J., Borg, J. & Lewis, A. (1990). Defining and establishing relationships between essential and higher order teaching skills. *Journal of Educational Research*, 84(1), 5-12.
- Pithers, W.D. (1994). Process evaluation of a group therapy component designed to enhance sex offenders empathy for sexual abuse survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 32(5), 565-570.
- Poyatos, F. (1980). Interactive functions and limitations of verbal and non verbal behavior in natural conversation. *Semiótica*, 30(3-4), 211-244.
- Poyatos, F. (1981). Forms and functions of nonverbal communication in the novel, a new perspective of the author-character-reader relationship. Em: A. Kendon (org.), *Nonverbal communication, interaction and gesture* (p. 107-149). The Hague: Mouton.
- Poyatos, F. (1983). New perspectives in nonverbal communication. *Studies in Cultural Anthropology, Social Psychology, Linguistics, Literature and Semiotics*. Nova York: Pergamon Press.
- Prisbell, M. (1991). Shyness and self-reported competence. *Communication Research Reports*, 8(1-2), 141-148.



- Raich, R.M. (1996). O condicionamento encoberto. Em: V.E. Caballo (org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (315-334). São Paulo: Santos Editora.
- Rangé, B.P. (1997). Por que sou terapeuta cognitivo-comportamental. Em: R.A. Banaco (org.), *Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista* (p. 17-26). Santo André: ARBytes (vol. 1).
- Rangé, B.P. & Dattilio, F.M. (1995). Casais. Em: B. Rangé (org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva* (89-107). Campinas: Psy.
- Rangé, B.P. & Guillard, H. (1995). História da psicoterapia comportamental e cognitiva. Em: Rangé (org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas* (55-69). Campinas: Editorial Psy.
- Reed, M.K. (1994). Social skills training to reduce depression in adolescents. *Adolescence*, 29(114), 293-302.
- Richardson, D.R., Hammock, G.S., Smith, S.M., Gardner, W. & Signo, M. (1994). Empathy as a cognitive inhibitor of interpersonal aggression. *Aggressive Behavior*, 20(4), 275-289.
- Richardson, F.C. & Tasto, D.L. (1976). Development and factor analysis of social anxiety inventory, *Behavior Therapy*, 7, 453-462.
- Rimm, D.C. & Masters, J.C. (1974). *Behavior Therapy: Technique and empirical findings*. Nova York: Academic Press.
- Roberts, W. & Strayer, J. (1996). Empathy, emotional expressiveness and prosocial behavior. *Child Development*, 67, 449-470.
- Robertson I., Richardson, A.M. & Youngson, S.C. (1984). Social skills training with mentally handicapped people: A review. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 241-264.
- Rosenthal, R. & Jacobson, L. (1968). Teachers' expectancies: Determinants of pupils' I.Q. gains. *Psychological Reports*, 19, 115-118.
- Rubin, K.H. (1990). Peer relationships and social skills in childhood: An international perspective. *Human Development*, 33(4-5), 221-224.
- Rudolph, K.D., Hammen, C. & Burge, D. (1994). Interpersonal functioning and depressive symptoms in childhood: Addressing the issues of specificity and comorbidity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22(3), 355-371.



- Salisbury, C.L., Gallucci, C.L., Palombaro, M.M. & Peck, C. (1995). Strategies that promote social relations among elementary students with and without severe disabilities in inclusive schools. *Exceptional Children*, 62(2), 125-137.
- Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy*. Nova York: Farrar, Strauss e Giroux.
- Santana, P.R., Otta, E. & Bastos, M.F. (1993). Um estudo naturalístico dos comportamentos empáticos em pré-escolares. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 9(3), 575-586.
- Santos, A.B., Hawkins, G.D., Julius, B., Deci, P.A., Hiers, T.H. & Burns, B.J. (1993). A pilot study of assertive community treatment for patients with chronic psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 150, 501-504.
- Santos, A. dos, Conceição, L.A. de P., Rosa, S. da S., Lemos, G.G. de, Mazio, S.A., Abreu, A.C.N. & Otta, E.C. (1992). Influência do tipo de vestimenta na formação de primeiras impressões e na relação à aproximação de um estranho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 8, 79-88.
- Santos, B.S. (1966). *Pela mão de Alice: O social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez (2ª ed.).
- Santos, M.R.I. (1990). *Habilidades sociais em adultos com deficiência mental: Teste de procedimentos de treino*. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Psicologia da PUCAMP.
- Sarason, G. & Sarason, B. (1981). Teaching cognitive and social skills to high school students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 908-918.
- Saunders, S.A. & Green, V. (1993). Evaluating the social competence of young children: A review of the literature. *Early Child Development and Care*, 87, 39-46.
- Scherer, K.R. (1984). The nonverbal dimension: a fad, a field, or a behavioral modality. Em: H. Taffel (ed.), *The social dimension: European developments in Social Psychology* (vol. 1, p. 160-183). Londres: Cambridge University Press.
- Schultz, J.H. (1932/1991). *O treinamento autógeno*. São Paulo: Manole.
- Schunk, D.H. (1984). Self-efficacy perspective on achievement behavior. *Educational Psychologist*, 19, 48-58.
- Scott, R.R., Himadi, W. & Keane, T. (1983). A review and reformulation in skills training suggestions for future research. Em: Hersen, M., Eisler,



R.M. & Miller, P.M. (orgs.), *Progress in behavior modification* (p. 116-172). Nova York: Academic Press (vol. 15).

Sedlmayer, E. (1980). The development of scales for measuring motor, cognitive and physiological reaction in phobic anxiety states. *Behavioral Analysis and Modification*, 4, 141-151.

Segrin, C. (1990). A meta-analytic review of social skill deficits in depression. *Communication Monographs*, 57(4), 292-308.

Segrin, C. (1992). Specifying the nature of social skill deficits associated with depression. *Human Communication Research*, 19(1), 89-123.

Segrin, C. (1993). Social skills deficits and psychosocial problems: Antecedent, concomitant, or consequent? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12(3), 336-353.

Seligman, M.E.P. (1977). *Desamparo: Sobre depressão, desenvolvimento e morte*. São Paulo: HUCITEC/EDUSP.

Seligman, M.E.P. (1990). *Aprenda a ser otimista*. Rio de Janeiro: Record.

Shean, G.D. & Heefner, A.S. (1995). Depression, interpersonal style, and communication skills. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 183(7), 485-487.

Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações* (Trad. de Maria Amália Andery e Tereza Pires Sérgio). São Paulo: Editorial PSI II.

Sikkema, K.J., Winett, R.A. & Lombard, D.N. (1995). Development and evaluation of na HIV-risk reduction program for female college students. *AIDS Education and Prevention*, 7(2), 145-159.

Siperstein, G.N. (1992). Social Competence: An Important Construct in Mental Retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 96(4), 3-6.

Skinner, B.F. (1974). *Sobre o behaviorismo*. São Paulo: Cultrix.

Soto, G., Toro-Zambrana, W. & Belfiore, P.J. (1994). Comparison of two instructional strategies on social skills acquisition and generalization among individuals with moderate and severe mental retardation working in a vocational setting: A meta-analytical review. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 29(4), 307-320.

Speas, C.M. (1979). Job-seeking interview training: A comparison of four instructional techniques. *Journal of Counseling Psychology*, 26 (5), 405-412.



- Spence, A.J. & Spence, S.H. (1980). Cognitive changes associated with social skills training. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 265-272.
- Spivack, G. & Shure, M. (1982). The cognition of social adjustment. Em: B. Lahey & A.E. Kazdin (orgs.), *Advances in Clinical Child Psychology*. Nova York: Plenum Press (vol. 5).
- Stein, C.H., Cislo, D.A. & Ward, A. (1994). Collaboration in the college classroom: Evaluation of a social network and skills program for undergraduates and people with serious mental illness. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18(1), 13-33.
- Storey, K., Danko, C.D., Ashworth, R. & Strain, P.S. (1994). Generalization of social skills intervention for preschoolers with social delays. *Education and Treatment of Children*, 17(1), 29-51.
- Swanson, H.L. & Malone, S. (1992). Social skills and learning disabilities: A meta-analysis of the literature. *School Psychology Review*, 21(3), 427-443.
- Swick, K.J. & Hassell, T. (1990). Parental efficacy and the development of social competence in young children. *Journal of Instructional Psychology*, 17(1), 24-32.
- Tajfel, H. (1982). *Grupos humanos e categorias sociais*. Lisboa: Livros Horizonte (vol. 1).
- Thibaut, J.W. & Kelley, H.H. (1959). *The Social Psychology of groups*. Nova York: Wiley.
- Trapani, C. & Gettinger, M. (1989). Effects of social skills training and cross-age tutoring on academic achievement and social behaviors of boys with learning disabilities. *Journal of Research and Development in Education*, 23(1), 1-9.
- Trower, P. (1980). Situational analysis of the components and processes of behavior of social skilled and unskilled patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 327-329.
- Trower, P. (1995). Adult social skills: State of the art and future directions. Em: W. O'Donohue & L. Krasner (eds.), *Handbook of psychological skills training: Clinical techniques and applications* (p. 54-80). Nova York: Allyn and Bacon.
- Trower, P., Bryant, B. & Argyle, M. (1978). *Social skills and mental health*. Londres: Methuen/Pittsburgh University Press.



- Turner, R.M. (1996). A dessensibilização sistemática. Em: V.E. Caballo (org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (167-195). São Paulo: Santos Editora.
- Urbain, E.S. & Kendall, P.C. (1980). Review of social-cognitive problem-solving intervention with children. *Psychology Bulletin*, 88(1), 109-143.
- Van Hasselt, V.B., Kazdin, A., Hersen, M., Simon, J. & Mantantuono, A.K. (1985). A behavioral analytic model for assessing social skills in blind adolescents. *Behavioral Research and Therapy*, 23(4), 395-405.
- Vaughn, S. (1991). Social skills enhancement in student with learning disabilities. Em: Bernice Y.L. Wong (ed.), *Learning about learning disabilities* (p. 407-440). Orlando, FL: Academic Press.
- Vaughn, S. & Hogan, A. (1994). The social competence of students with learning disabilities over time: a within-individual examination. *Journal of Learning Disabilities*. 27(5), 292-303.
- Vera, M.N. & Vila, J. (1996). Técnicas de relaxamento. Em: V.E. Caballo (org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (147-165). São Paulo: Santos Editora.
- Volling, B.L. & Feagans, L.V. (1995). Infant day care and children's social competence. *Infant Behavior and Development*, 18(2), 177-188.
- Wallace, C.J. & Liberman, R.P. (1985). Social skills training for patients with schizophrenia: A controled clinical trial. *Psychiatry Research*, 15, 239-247.
- Wallace, C.J., Nelson, C.J. & Liberman, R.P. (1980). A review and critique of social skills training with schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 42-63.
- Wallander, J.I., Conger, A.J. & Conger, J.C. (1985). Development and evaluation of a behaviorally reference rating system for heterosocial skills. *Behavioral Assessment*, 7, 137-153.
- Werch, C.E. (1995). Prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre los jóvenes: Recomendaciones para los futuros programas preventivos. *Psicología Conductual*, 3(3), 1995.
- Wessberg, H.W., Mariotto, M.J., Conger, A.J., Farrel, A.D. & Conger, J.C. (1979). Ecological validity of role plays for assessing heterosocial anxiety and skill of male college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 525-535.



- Whitchurch, G.G. & Pace, J.L. (1993). Communication skills training and interspousal violence. *Journal of Applied Communication Research*, 21(1), 96-102.
- Wolpe, J.S. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, California/Stanford University Press.
- Wolpe, J.S. (1976). *A prática da terapia comportamental*. São Paulo: Brasiliense.
- Wolpe, J. & Lazarus, A. (1966). *Behavior therapy techniques*. Nova York: Pergamon Press.
- Wundt, W. (1973). *The language of gestures*. The Hague: Mouton.
- Zahn-Waxler, C. & Radke-Yarrow, M. (1990). The origins of empathic concern. Special Issue: Empathy. *Motivation and Emotion*, 14(2), 107-130.
- Zea, M.C., Tyler, F.B. & Franco, M.C. (1991). Psychosocial competence in Colombian university students. *Interamerican Journal of Psychology*, 25(2), 135-145.
- Zigler, E. & Phillips, L. (1960). Social effectiveness and symptomatic behaviors. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 61, 231-232.
- Zigler, E. & Phillips, L. (1961). Social competence outcome in psychiatric disorders. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 264-271.
- Zigler, E. & Phillips, L. (1962). Social competence and the process-reactive distinction in psychopathology. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65, 251-252.
- Zigler, E. & Levine, J. (1973). Premorbid adjustment and paranoid-non-paranoid status in schizophrenia: A further investigation. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 189-199.



# ÍNDICE

*Sumário, 9*

Introdução, 11

## PARTE I - HABILIDADES SOCIAIS: HISTÓRIA, CONCEITOS E DESENVOLVIMENTO, 15

1. O desenvolvimento das habilidades sociais, 17

1. O herdado *versus* o adquirido, 17

2. O processo de socialização, 20

2. Bases históricas da área de Treinamento de Habilidades Sociais, 24

1. O movimento de Treinamento Assertivo, 25

2. O movimento de Treinamento de Habilidades Sociais, 27

3. Modelos explicativos da área de Treinamento de Habilidades Sociais, 30

1. Modelos conceituais, 30

1.1. Modelo da assertividade, 31

1.2. Modelo da percepção social, 31

1.3. Modelo da aprendizagem social, 32

1.4. Modelo cognitivo, 33

1.5. Modelo da teoria de papéis, 33

2. Explicações para as dificuldades interpessoais, 34

2.1. Déficits no repertório, 35

2.2. Inibição mediada pela ansiedade, 36

2.3. Inibição cognitivamente mediada, 37

2.4. Problemas de percepção social, 37

2.5. Problemas de processamento de estímulos sociais do ambiente, 38



2.6. Diferentes modelos e explicações: ecletismo ou complementaridade? 39

4. Definições e conceitos da área de Treinamento de Habilidades Sociais, 41

1. Comportamento assertivo, não assertivo e agressivo, 41

2. Habilidades sociais e competência social, 44

3. O conceito de habilidades sociais, 46

4. Dimensões do desempenho social, 48

4.1. A dimensão pessoal, 48

4.1.1. Análise molar *versus* molecular, 49

4.2. A dimensão situacional, 50

4.3. A dimensão cultural, 51

5. Síntese das dimensões e conceitos, 52

5. Componentes das habilidades sociais, 54

1. A comunicação verbal, 58

1.1. Fazer perguntas, 59

1.2. Solicitar mudança de comportamento, 60

1.3. Lidar com críticas, 60

1.4. Dar/receber *feedback*, 62

2. Componentes verbais de forma na comunicação, 62

2.1. Latência e duração da fala, 63

2.2. Regulação da fala, 63

2.3. Transtornos da fala, 64

3. Comunicação não verbal, 65

3.1. Funções da comunicação não verbal, 66

3.2. Componentes não verbais das habilidades sociais, 68

3.2.1. O olhar e o contato visual, 68

3.2.2. O sorriso, 70

3.2.3. A expressão facial, 71

3.2.4. A gestualidade, 72

3.2.5. A postura corporal, 74

3.2.6. Os movimentos com a cabeça, 75



- 3.2.7. O contato físico, 76
- 3.2.8. A distância/proximidade, 77
- 4. Componentes cognitivo-afetivos, 79
  - 4.1. Conhecimentos prévios, 80
    - 4.1.1. Cultura e ambiente, 80
    - 4.1.2. Papéis sociais, 81
    - 4.1.3. Autoconhecimento, 81
  - 4.2. Expectativas e crenças, 82
    - 4.2.1. Planos e metas, 82
    - 4.2.2. Estereótipos, 83
    - 4.2.3. Autoconceito, 84
    - 4.2.4. Auto-eficácia e desamparo, 85
  - 4.3. Estratégias e habilidades de processamento, 86
    - 4.3.1. Leitura do ambiente social, 86
    - 4.3.2. Resolução de problemas, 87
    - 4.3.3. Auto-observação, 87
    - 4.3.4. Auto-instrução, 88
    - 4.3.5. Empatia, 89
- 5. Respostas fisiológicas, 90
- 6. Outros componentes, 91
  - 6.1. Atratividade física, 91
  - 6.2. Aparência pessoal, 92

## PARTE II - AVALIAÇÃO E PROMOÇÃO DAS HABILIDADES SOCIAIS, 93

- 6. Avaliação do desempenho social, 95
  - 1. Problemas de avaliação, 96
    - 1.1. A unidade de análise, 96
    - 1.2. O que avaliar? 98
      - 1.2.1. Déficits de comportamentos, 99
      - 1.2.2. Excessos comportamentais, 99
      - 1.2.3. Ansiedade, 99
      - 1.2.4. Cognações e sentimentos, 99




- 1.2.5. Contextos situacional e cultural, 100
- 1.2.6. Objetivos ou metas, 100
- 2. Técnicas de avaliação, 100
  - 2.1. A entrevista, 101
    - 2.1.1. *Rapport*, 102
    - 2.1.2. Definição do problema, 103
    - 2.1.3. Observação do desempenho, 104
  - 2.2. Os inventários, 104
  - 2.3. A observação, 106
  - 2.4. O desempenho de papéis, 108
  - 2.5. Auto-registros, 111
  - 2.6. Avaliação por outros significantes, 113
- 3. Análise dos indicadores produzidos pela avaliação, 114
- 7. Técnicas de Treinamento de Habilidades Sociais, 116
  - 1. Técnicas comportamentais, 117
    - 1.1. Ensaio comportamental, 119
      - 1.1.1. Ensaio comportamental e psicodrama, 122
    - 1.2. Reforçamento, 123
    - 1.3. Modelagem, 124
    - 1.4. Modelação, 125
      - 1.4.1. Modelação real, 126
      - 1.4.2. Modelação simbólica, 126
    - 1.5. *Feedback*, 126
      - 1.5.1. *Feedback* verbal, 127
      - 1.5.2. *Videofeedback*, 128
    - 1.6. Relaxamento, 128
    - 1.7. Tarefas de casa, 129
    - 1.8. Dessensibilização sistemática, 130
  - 2. Técnicas cognitivas, 131
    - 2.1. Terapia racional-emotiva-comportamental, 132
    - 2.2. Resolução de problemas, 135



2.3. Parada de pensamento, 137	
2.4. Modelação encoberta, 138	
2.5. Instruções, 139	
3. Outras técnicas, 140	
4. A efetividade do Treinamento de Habilidades Sociais, 140	
8. Estrutura e dinâmica do Treinamento de Habilidades Sociais, 144	
1. Formato grupal ou individual, 145	
1.1. Formato individual, 145	
1.2. Formato grupal, 146	
2. Homogeneidade e heterogeneidade dos problemas, 147	
3. Tamanho do grupo, 147	
4. Papel do coordenador: terapeuta ou dirigente?, 148	
5. Dinâmica de uma sessão de treinamento, 149	
6. Estrutura do programa, 149	
7. Duração do programa, 150	
8. Local de aplicação e equipamentos, 150	
9. Um exemplo de treinamento, 151	
10. Base ética, 155	
10.1. Princípio dos direitos humanos, 156	
10.2. Princípio do equilíbrio nas relações sociais, 157	
9. Aplicações do Treinamento de Habilidades Sociais, 159	
1. Aplicações na clínica, 159	
1.1. Transtornos afetivos e de ansiedade, 160	
1.2. Esquizofrenia, 162	
1.3. Timidez e isolamento social, 165	
1.4. Problemas conjugais e familiares, 166	
1.5. Outras aplicações clínicas, 168	
2. Aplicações na educação, 170	
2.1. Treinamento de Habilidades Sociais no ensino especial, 170	
2.2. Treinamento de Habilidades Sociais no ensino regular, 172	
2.3. Outras aplicações além do sistema formal de ensino, 173	
<i>Referências bibliográficas, 176</i>	





# CADASTRO VOZES

A VOZES quer conhecer melhor você. Por essa razão, gostaríamos muito que preenchesse e nos enviasse o cadastro abaixo. Você estará nos ajudando a atendê-lo com maior eficiência.

Nome: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
 CEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Tel.: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
 Fax: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 CPF/CGC: \_\_\_\_\_

Áreas de interesse:

## CULTURAL

60. Administração e Economia  
 61. Antropologia  
 62. Comunicação  
 63. Culinária  
 65. Filosofia  
 66. História e Geografia  
 104. Infante-Juvenis  
 67. Letras e Literatura  
 68. Pedagogia e Educação  
 69. Política e Sociologia  
 70. Psicologia, Psicanálise e Logoterapia  
 71. Serviço Social, Saúde e Trabalho

## RELIGIOSA

103. Anjos  
 80. Catequese e Ensino Religioso  
 81. Documentos da Igreja  
 82. Espiritualidade e vida, Auto-ajuda  
 83. Franciscanismo  
 84. Liturgia e Devocionários  
 106. Mariologia  
 85. Pastoral sacramental, familiar e social  
 107. Religião  
 86. Sagrada Escritura - Textos e comentários  
 105. Santos  
 87. Teologia, Moral e Igreja

Outras (especificar): \_\_\_\_\_

Onde você usualmente compra livros?

- Livrarias  Feiras e Eventos  Mala Direta

O que você leva mais em conta na hora de adquirir um livro?

- Autor  Editora  Capa  Preço  Propaganda  Recomendação de terceiros

Sugestões: \_\_\_\_\_



Em pleno limiar do terceiro milênio, entre tantos problemas não solucionados, os de convivência humana alcançam uma dimensão no mínimo preocupante. Em todas as sociedades constata-se conflitos interpessoais, alguns de caráter devastador, fartamente exibidos pela mídia.

Na Psicologia essas questões têm sido abordadas sob diferentes denominações, como: assertividade, competência social, inteligência emocional e comunicação interpessoal, entre outras, que fazem parte da área mais abrangente das Habilidades Sociais.

Este é o primeiro livro escrito por autores brasileiros sobre a Psicologia das Habilidades Sociais, possibilitando ao leitor uma compreensão dos principais conceitos, das alternativas terapêuticas e educacionais de avaliação e de intervenção e o contato com a literatura clássica e atual nesta temática e outras afins. O livro reflete também a experiência prática e de pesquisa dos autores, que oferecem exemplos e ilustrações buscando facilitar a compreensão dos conteúdos abordados.

Esta obra destina-se a psicólogos, educadores, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, administradores e a todos os interessados nas relações interpessoais.

[www.vozes.com.br](http://www.vozes.com.br)

 EDITORA  
VOZES

Uma vida pelo bom livro

E-mail: [vendas@vozes.com.br](mailto:vendas@vozes.com.br)