

## **Contribuições do campo das habilidades sociais para a compreensão, prevenção e tratamento dos transtornos de personalidade**

**Zilda A. P. Del Prette  
Eliane M. O. Falcone  
Sheila G. Murta**

A relação entre habilidades sociais e transtornos de personalidade passa, necessariamente, pela questão da qualidade das relações interpessoais, em geral comprometidas em pessoas que apresentam transtornos de personalidade. Essa relação remete também a considerações sobre os processos terapêuticos e educativos junto a essas pessoas, que buscam restaurar relações mais saudáveis e satisfatórias ou prevenir o aparecimento e o agravamento do transtorno, bem como de seus desdobramentos nas relações interpessoais. Este capítulo aborda tais questões a partir dos pressupostos e recursos do campo teórico-prático das habilidades sociais. Como enfatizado em outras publicações (Del Prette & Del Prette, 1996, 2001a), esse campo é multifacetado em termos das abordagens conceituais que contribuíram para a sua consolidação, destacando-se as abordagens comportamental, cognitiva e social-cognitiva. Neste texto, são apresentadas algumas contribuições do campo das habilidades sociais na compreensão, prevenção e tratamento de pessoas com transtornos de personalidade que apresentam dificuldades interpessoais.

## Relações interpessoais, saúde e qualidade de vida

A importância dos vínculos interpessoais para a sobrevivência tem sido ressaltada pela teoria evolucionista e pela psicologia em geral. Para escapar da morte acarretada pela rejeição social e pelo isolamento, que impossibilitavam o acesso ao alimento e à proteção dos outros membros do grupo, os nossos ancestrais tiveram de desenvolver padrões de comportamentos sociais tais como tolerância, negociação e reciprocidade. Esses padrões sociais foram selecionados pelas pressões evolutivas e transmitidos para as gerações futuras (Beck, Freeman, & Davis, 2005) por meio de diferentes processos de variação e seleção filogenética, ontogenética e cultural (Del Prette, & Del Prette, 2001b, 2010).

Contribuições da etologia também sustentam a existência de uma predisposição biológica para manter a relação com o outro, que exerce um papel importante na sobrevivência das espécies. Tal predisposição influencia e é influenciada pelo meio ambiente (Bowlby, 2001; Bussab, 2002; Eibl-Eibesfeldt, 1977; Safran, 2002). Em suma, somos programados biologicamente para buscar o vínculo com os outros. A partir de experiências interpessoais, desenvolvemos estratégias para a construção e manutenção de bons relacionamentos.

Na sociedade contemporânea, a importância da qualidade das relações sociais é cada vez mais reconhecida. Estudos revisados por Yalom e Leszcz (2006) indicam que a taxa de mortalidade é significativamente maior para os solitários, solteiros, divorciados e viúvos, sendo, portanto, o isolamento social um fator de risco para a mortalidade precoce, tanto quanto outros fatores mais óbvios, como o tabagismo e a obesidade.

Os vínculos sociais e o sucesso nas relações interpessoais constituem o elemento-chave para o desenvolvimento, a realização pessoal e a qualidade de vida dos seres humanos, requerendo assim habilidades para a conquista de interações gratificantes e duradouras. Por outro lado, a falha no estabelecimento desses vínculos e relacionamentos pode acarretar desde sentimentos de insegurança, rejeição, insatisfação com a autoimagem e solidão até problemas mais graves, como transtornos psiquiátricos (Caballo & Irurtia, 2004; Del Prette & Del Prette, 2001, 2002; Falcone, 2000, 2002).

Assim como a qualidade de vida está estreitamente associada aos relacionamentos interpessoais, estes dependem, criticamente, das habilidades de relacionamento e da competência social dos envolvidos nessas relações. Para isso, é fundamental uma definição clara desses conceitos, conforme se expõe a seguir.

## **Habilidades sociais e competência social**

No campo das habilidades sociais, os três conceitos básicos são os de desempenho social, habilidades sociais e competência social. Conforme assinado em outros trabalhos (Del Prette & Del Prette, 2001a, 2005), desempenho social é qualquer comportamento que ocorre nas relações entre as pessoas, mas somente aqueles que contribuem para a competência social podem ser chamados de habilidades sociais. Estas são vistas como “os tijolos construtores da competência social” (Trower, 1995, p. 57) e correspondem às diferentes “classes de comportamento existentes no repertório do indivíduo que compõem um desempenho socialmente competente” (Del Prette & Del Prette, 2001, p. 8). Considerando as habilidades sociais mais comumente referidas na literatura, Del Prette e Del Prette (2001a) propõem um sistema de classes que inclui as habilidades de comunicação (iniciar, manter e encerrar conversação, gratificar, elogiar etc.); de civilidade (apresentar-se, cumprimentar, agradecer, despedir-se etc.); de exercício de direitos e de cidadania (expressar opinião, concordar, discordar, desculpar-se, admitir falhas, interagir com autoridades, encerrar relacionamento, expressar desagrado etc.); de trabalho (coordenar grupo, falar em público, resolver problemas, tomar decisões, mediar conflitos etc.); e de expressão de sentimentos positivos.

Muitos desempenhos sociais requerem a combinação de diferentes classes de habilidades sociais e de seus componentes cognitivos e afetivos, que devem ser organizados e adequados ao momento e à situação. Em outras palavras, dispor de um repertório elaborado de habilidades sociais é condição necessária, mas não suficiente, para a competência

social, uma vez que a competência social é definida como uma qualificação do desempenho social com base em critérios instrumentais e éticos quanto aos resultados da interação para o indivíduo, para seus interlocutores e para o grupo social (Del Prette & Del Prette, 2010). Considerando uma gradação dos critérios mais instrumentais (imediatos e beneficiando o indivíduo) aos éticos (de médio e longo prazo e beneficiando a relação e o grupo social), Del Prette e Del Prette (2001a, 2006) destacam: (a) consecução do objetivo do indivíduo na interação, em termos de resultados obtidos, como solicitar um favor e obtê-lo, expressar desagrado ao comportamento do outro e, com isso, interrompê-lo; (b) manutenção e melhora da autoestima dos envolvidos na interação, em geral decorrente da aprovação social quanto à forma e ocasião do desempenho; (c) manutenção ou melhora da qualidade da relação, envolvendo respeito mútuo, prazer na convivência e probabilidade de novas interações; (d) equilíbrio de trocas de resultados favoráveis entre os interlocutores (reforçadores); (e) garantia da manutenção e ampliação dos direitos humanos básicos. Conforme enfatizado em Del Prette e Del Prette (1996, 2001, 2005, 2010) definida nesses termos, a competência social envolve necessariamente correspondência entre os comportamentos abertos e encobertos, ou seja, entre pensar, sentir e agir, o que em nossa cultura é geralmente definido como autenticidade.

Ainda que todas as classes de habilidades sociais sejam relevantes e necessárias, algumas parecem mais críticas do que outras em um desempenho socialmente competente. Nesse sentido, podem ser destacadas as habilidades assertivas e as empáticas. Por exemplo, em situações que envolvem discordar, recusar pedidos, pedir mudança de comportamento, lidar com críticas etc., a expressão genuína de entendimento empático anterior à manifestação assertiva tem sido considerada mais efetiva do que a forma assertiva direta (Bedell & Lennox, 1997; Falcone, 2000, 2001).

A assertividade é compreendida como a expressão direta e honesta, sem constrangimento, de sentimentos e necessidades, bem como o exercício dos próprios direitos, respeitando os direitos dos demais (Alberti & Emmons, 1983; Lange & Jakubowsky, 1976). A empatia refere-se à capacidade de

perceber, de forma acurada, pensamentos e sentimentos de outra pessoa, bem como de experimentar e expressar compaixão ou consideração por eles (Decety & Jackson, 2004; Falcone, 1998; 2003; Falcone et al., 2008). O desempenho empático pode ainda ser analisado como uma combinação de classes de comportamento que incluem: ouvir e refletir entendimento sem julgar, oferecer ajuda, expressar consideração pela opinião dos outros mesmo que contrária, comportar-se de acordo com as necessidades da outra pessoa etc.

O comportamento socialmente competente representa a articulação adequada e eficiente de comportamentos abertos e de competências cognitivas que envolvem atenção, percepção, memória e regulação das emoções, no atendimento às demandas sociais ou interpessoais (Hidalgo Carmona & Abarca Melo, 2000; Bedell & Lennox, 1997). Tanto a capacidade de tomar a perspectiva das outras pessoas como a flexibilidade cognitiva têm sido referidas como fundamentais na expressão de empatia, principalmente em situações que envolvem conflito de interesses (Decety & Jackson, 2004; Falcone et al., 2008). A autoconsciência, compreendida como “um processo de reconhecer, entender, organizar e dar sentido aos eventos internos, assim como o modo como esses eventos interagem com o ambiente” (Bedell & Lennox, 1997, p. 41), é considerada importante para identificar o estado interno dos outros, assim como para reconhecer e regular as próprias emoções e necessidades (Bedell & Lennox, 1997; Decety & Jackson, 2004).

## **Falhas na competência social e transtornos psicológicos**

As habilidades sociais e a competência social são geralmente aprendidas e aperfeiçoadas ao longo da vida, dependendo de um conjunto de fatores pessoais e ambientais. Na infância, as restrições de oportunidade de desempenho, de modelos, de *feedback* e de valorização dos comportamentos socialmente competentes, aliadas a problemas de comportamento, a experiências sociais ansiógenas e a dificuldades de processamento de estímulos do ambiente podem ser cruciais para um repertório pobre de habilidades sociais

(Del Prette & Del Prette, 2005). As condições de desenvolvimento e aprendizagem podem gerar padrões pessoais que passam posteriormente a mediar desempenhos adaptativos e não adaptativos nas relações interpessoais.

A relação entre habilidades sociais e traços de personalidade tem sido investigada em alguns estudos realizados no Brasil com o uso do IHS-Del-Prette (Del Prette & Del Prette, 2001) e medidas de personalidade. Bueno, Oliveira e Oliveira (2001) encontraram correlações significativas entre subescalas de habilidades sociais e traços de personalidade: (a) habilidades de enfrentamento com risco (assertivas), com extroversão e abertura para novas experiências; (b) habilidades de autoafirmação na expressão de afetos positivos com traços de socialização e equilíbrio emocional; (c) habilidades de conversação e desenvoltura social com o conjunto de todos os cinco grandes fatores de personalidade, exceto escrupulosidade; (d) habilidades de autoexposição a desconhecidos e a situações novas com extroversão e equilíbrio emocional; (e) autocontrole da agressividade com o traço de socialização. No estudo de Bartholomeu, Nunes e Machado (2008), foram encontradas correlações significativas entre traço de amabilidade, habilidades de autoafirmação e o escore total do IHS-Del-Prette; entre pró-sociabilidade e escores de autoafirmação e autocontrole; entre confiança nas pessoas e habilidades assertivas de enfrentamento e de autocontrole. Esses dados permitem afirmar que padrões mais estáveis de desempenho (traços de personalidade) podem ser influenciados pelo repertório de habilidades sociais e vice-versa, o que pode ocorrer tanto em sentido adaptativo (recursos de habilidades sociais e traços saudáveis) como em sentido não adaptativo (déficits de habilidades sociais e traços indicativos de problemas ou transtornos).

Focalizando especificamente os padrões cognitivos, distorções dos sinais sociais, expectativas errôneas e interpretações equivocadas das intenções dos outros podem levar à expressão inadequada de comportamento social. Em uma revisão de estudos sobre o tema, Caballo (1993) apresenta alguns componentes cognitivos presentes em indivíduos com baixos níveis de habilidades sociais, como autoverbalizações negativas; pensamentos irracionais; baixa autoconfiança; expectativas de

consequências desfavoráveis; padrões patológicos de atribuição de sucessos e fracassos e deficiências na codificação de sinais não verbais. Em estudos de Davis (1983) e Davis e Krauss (1997), verificou-se que a ansiedade elevada e o estilo cognitivo disfuncional estão relacionados a uma baixa capacidade de compreender de forma acurada os pensamentos e sentimentos dos outros.

Padrões cognitivos e estratégias interpessoais disfuncionais são mais evidentes e permanentes em indivíduos com transtorno de personalidade (Beck, Freeman, & Davis, 2005). Embora desejando o vínculo saudável com as outras pessoas, esses indivíduos se retraem, sufocam, controlam, manipulam, rejeitam, agridem ou humilham, provocando de várias formas a rejeição e o abandono daqueles que são importantes para eles (Leahy, 2001).

Padrões cognitivos disfuncionais subjacentes a deficiências em habilidades sociais têm sido apontados em vários transtornos psiquiátricos. Muitos psicoterapeutas encontram nos problemas interpessoais de seus pacientes a base de sua perturbação mental, razão pela qual já existe um consenso na literatura de que grande parte dos pacientes que procuram psicoterapia manifesta dificuldades de interação social (Caballo & Irurtia, 2004; Del Prette & Del Prette, 2002; Falcone, 1989; Safran, 2002; Yalom & Leszcz, 2006). Além das observações clínicas, essa constatação tem sido fortalecida por uma variedade de pesquisas.

No caso específico da depressão, Segrin (2000) e Segrin e Flora (2000) identificaram deficiências em habilidades sociais, sugerindo que essas deficiências constituem fator de vulnerabilidade a esse transtorno. Krantz (1985), citado por Safran, (2002) acumulou várias provas sugerindo que indivíduos depressivos possuem deficiências em habilidades sociais e são mais propensos a experimentar relacionamentos caracterizados por fuga e rejeição do que os não depressivos.

Com base em uma revisão de estudos sobre as relações entre transtornos alimentares e habilidades sociais, D'Augustin (2010) identificou uma variedade de deficiências em habilidades sociais, entre as quais dificuldade para expressar pensamentos e sentimentos; deficiências na conversação, em fazer perguntas, recusar pedidos, responder a críticas,

defender direitos e resolver problemas. Em seu próprio estudo, a autora encontrou deficiências de pacientes com bulimia nervosa (BN) em todos os fatores do IHS-Del-Prette, tendo esse grupo se diferenciado significativamente do grupo de indivíduos sem transtornos alimentares. O grupo de pacientes com Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) também se diferenciou dos sujeitos-controle, em habilidades das subescalas do IHS-Del-Prette de: *enfrentamento e autoafirmação com risco; autoexposição a desconhecidos e situações novas; autocontrole da agressividade*. Com relação à medida de empatia (Falcone et al., 2008), os pacientes com BN e TCAP se diferenciaram dos controles na subescala Tomada de Perspectiva (capacidade de tomar o ponto de vista de outra pessoa, mesmo em situações de conflito). A autora sugere, corroborando estudos anteriores, que a compulsão alimentar funciona como uma estratégia desadaptativa de enfrentamento frente às situações interpessoais consideradas negativas ou ameaçadoras para esses pacientes, uma vez que eles carecem de habilidades sociais necessárias para um confronto interpessoal saudável. Esse dado encontra apoio parcial em pesquisa realizada por Correia, Del Prette e Del Prette (2004), em que pessoas com obesidade mórbida demonstraram déficits específicos em habilidades assertivas, ainda que com grupos de habilidades sociais bastante preservadas.

As deficiências em habilidades sociais em indivíduos com fobia social, especialmente no subtipo generalizado, foram verificadas em uma revisão feita por Falcone (1995). Em estudo de Davis e Oathout (1987) para avaliar a empatia conjugal verificou-se que níveis elevados de ansiedade heterossexual interferiam com uma resposta empática orientada para o outro. Angélico (2009) atestou que indivíduos fóbicos sociais apresentavam deficiências em habilidades sociais significativamente superiores a sujeitos não fóbicos, nas medidas do IHS-Del-Prette (Del Prette & Del Prette, 2001). No teste de simulação de falar em público, o grupo de fóbicos sociais também se diferenciou do grupo não fóbico ao apresentar níveis significativamente maiores de deficiência nessa habilidade.

Os dados empíricos citados anteriormente corroboram as impressões dos psicoterapeutas sobre a importância de identificar e tratar deficiências



em habilidades sociais em seus pacientes. Embora esses estudos sejam referentes a transtornos do eixo I, deve-se esclarecer que boa parte dos indivíduos dessas amostras poderia preencher critérios para o diagnóstico de transtorno de personalidade. Em revisão de estudos feita por Ventura (2001), constata-se que existe, comprovadamente, uma grande sobreposição entre transtornos do eixo I e do eixo II. Assim, a prevalência média de transtornos de personalidade encontrada em pacientes com transtorno de pânico, fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno obsessivo-compulsivo variou de 50% a 60%. Nos estudos com depressão, a prevalência de transtornos de personalidade é de 30% a 40%. A autora conclui que, em geral, cerca de metade dos pacientes com transtornos alimentares, de ansiedade e de humor apresenta algum tipo de transtorno da personalidade.

Os estudos referidos apoiam, portanto, a noção de que as deficiências em habilidades sociais podem constituir um fator de vulnerabilidade para transtornos psiquiátricos em geral, sendo mais marcantes em indivíduos com transtornos de personalidade. Trower, O'Mahony e Dryden (1982) encontraram nesses indivíduos componentes cognitivos tais como: autoconceito negativo, baixa autoconsciência, pensamentos irracionais. Também constataram que esses indivíduos eram socialmente isolados e inábeis, depressivos, pouco motivados, com baixa autoestima e sintomas de vários transtornos neuróticos. Além disso, tendiam a distorcer para o lado negativo os *feedbacks* recebidos, o que interferia no desempenho social, e não respondiam bem aos psicofármacos, criando problemas com seus terapeutas. Os autores relatam que as tentativas de ajudá-los com treinamento em habilidades sociais revelaram sucesso apenas moderado. Em síntese, os indivíduos com transtorno de personalidade possuem padrões cognitivos disfuncionais mais rígidos do que aqueles com transtornos do eixo I. Por essa razão, suas deficiências em habilidades sociais são mais marcantes e mais resistentes à mudança. Programas de habilidades sociais associados ao processo terapêutico têm se mostrado um importante fator na manutenção dos ganhos terapêuticos em medidas de seguimento (Simon, 2009).

## Padrões interpessoais nos transtornos de personalidade

A American Psychiatric Association [APA] (2000) considera os traços de personalidade como padrões estáveis de perceber os outros e a si mesmo, de relacionar-se com os outros e de pensar sobre o entorno, que são expressos em uma grande variedade de contextos sociais e pessoais. Os transtornos de personalidade correspondem a:

Um padrão persistente de experiências internas e comportamentos que se desviam de uma forma marcante das expectativas da cultura do indivíduo, inflexível, tendo início na adolescência ou na vida adulta, é estável através do tempo, provoca estresse e dificuldade na interação social do indivíduo (APA, 2000, p. 685).

Alguns indicadores mais marcantes dos transtornos de personalidade incluem (Freeman, 2004; Pretzer & Beck, 2004): (a) presença de muitos problemas, especialmente em contexto interpessoal – daí serem também considerados como transtornos de comportamento social; (b) comportamentos inflexíveis, com reduzidas opções nos estilos de respostas; (c) compulsividade, tendência a responder de maneira idiossincrática, mesmo sabendo das consequências negativas; e (d) comportamentos desadaptativos, que causam prejuízos funcionais significativos e sofrimento subjetivo.

Sob uma perspectiva cognitivista, os comportamentos inflexíveis, compulsivos, perturbados socialmente e desadaptativos dos indivíduos com transtorno de personalidade são compreendidos e explicados a partir dos seus esquemas, definidos como “estruturas cognitivas que servem de base para classificar, categorizar e interpretar as experiências” (Pretzer & Beck, 2004, p. 271). Esses esquemas referem-se às crenças básicas que uma pessoa utiliza para organizar as informações ao seu redor e guiar a sua percepção, tendendo a selecionar e processar as informações que estão de acordo com seus esquemas (Caballo, 2008; Beck, 2005). Conforme os autores, tais esquemas são formados no início da vida, continuam a ser elaborados e depois são impostos nas experiências posteriores, mesmo que elas não sejam confirmatórias.

Young (Young, Klosko & Weishaar, 2003) propõe que os esquemas desadaptativos precoces surgem a partir de uma interação entre temperamento e experiências com os cuidadores, como uma tentativa de adaptação frente a essas experiências.

Assim, padrões parentais caracterizados por negligência, abuso físico ou verbal, abandono, ausência de afeto/empatia, excesso de críticas e punições, superproteção e ausência de limites contribuem para a formação de esquemas desadaptativos, que se perpetuam durante o desenvolvimento (Young et al., 2003). Tais esquemas constituem a chave do entendimento do estilo interpessoal característico em indivíduos com transtorno de personalidade. Nesses indivíduos, os esquemas são rígidos e desadaptativos, ou seja, a pessoa distorce a realidade para que ela seja coerente com os seus esquemas (Beck & Freeman, 1993). Em síntese, ao guiar o foco e a direção da percepção, esses esquemas produzem um impacto negativo sobre a qualidade da vida diária e também sobre a eficiência das contingências utilizadas para a sua superação (Beck, 2005).

Os esquemas dos indivíduos com transtorno de personalidade conduzem a interpretações tendenciosas autoconfirmatórias, tais como concepções errôneas, atitudes distorcidas, premissas inválidas e metas e expectativas pouco realistas. Tais interpretações tendenciosas geram dificuldades na interação social, sem que o indivíduo perceba a sua participação nessas dificuldades, gerando reações negativas e rejeição por parte dos outros, o que contribui para confirmar as interpretações tendenciosas (Beck & Freeman, 1993), perpetuando o que Safran (2002) chama de ciclos cognitivos interpessoais mal-adaptativos. Uma pessoa com um transtorno de personalidade paranoide, por exemplo, sente-se vulnerável à maldade dos outros e acredita que as pessoas não são confiáveis. Sua estratégia de enfrentamento será a vigilância, o que a torna predisposta a encontrar uma intenção negativa por parte dos outros no sentido de prejudicá-la. Seus afetos serão a ansiedade e a raiva e seu comportamento será defensivo, hostil ou agressivo, demonstrando

desconfiança, culpando os outros, agindo de forma irônica etc. Como consequência, as outras pessoas tenderão a reagir com hostilidade ou rejeição, confirmando as crenças persecutórias (Falcone, 2006).

## **Padrões interpessoais disfuncionais e deficiências em habilidades sociais**

A seguir serão apresentadas as deficiências em habilidades sociais identificadas em cada transtorno de personalidade. Uma vez que uma descrição completa dos critérios diagnósticos está fora do escopo deste capítulo, iremos nos restringir aos estilos interpessoais disfuncionais de cada transtorno, com base no DSM-IV-TR (APA, 2000) e na literatura sobre o tema (Beck & Freeman, 1993; Beck et al., 2005; Caballo, 2008).


Os transtornos da personalidade são categorizados (APA, 2000) em três grupos, de acordo com algumas características comuns: o Grupo A, chamado de “estranhos” ou “excêntricos”, inclui os transtornos: paranoide, esquizoide e esquizotípico (mostram-se distantes, são pouco espontâneos e parecem esconder os sentimentos); o Grupo B, denominado “teatrais” e “volúveis”, compreende os transtornos: antissocial, limítrofe, histriônico e narcisista (emocionalidade exagerada, dramática, fala fluente e vaga, padrão de comportamento sedutor); o Grupo C, composto dos “ansiosos” e “temerosos”, é constituído pelos transtornos: evitativo, dependente e obsessivo-compulsivo (conscientes das próprias dificuldades, ansiosos e preocupados com a aceitação dos outros).

As tabelas a seguir resumem os principais padrões interpessoais de cada um desses transtornos, discutindo possíveis implicações desses padrões em termos de comprometimento das habilidades sociais e da competência social. Trata-se de uma análise bastante sintética, exposta apenas como exercício, com a ressalva de que as dificuldades e recursos de cada paciente podem ser bastante variáveis e muito mais complexas, não dispensando, portanto, uma avaliação mais precisa e personalizada.

**Tabela 1**

Padrões interpessoais (destacados) associados aos transtornos de personalidade do Grupo A (“estranhos” ou “excêntricos”).

Transtorno	Padrão interpessoal
Transtorno da personalidade paranoide	Tendência persistente e irrealista de interpretar as intenções dos outros como humilhantes ou ameaçadoras, aliada à crença de ser vulnerável a essas ameaças. Os sentimentos mais frequentes nos indivíduos que sofrem desse transtorno são a ansiedade e a raiva. Suas estratégias de enfrentamento caracterizam-se por vigilância e suspeita, tendência a atribuir toda a culpa dos problemas aos outros e a se ver como maltratado e abusado. Comportam-se geralmente de forma não empática, agressiva, provocadora e desconfiada, eliciando hostilidade e rejeição nos outros.
Transtorno da personalidade esquizoide	Marcante desinteresse ou indiferença pelos relacionamentos interpessoais, busca de isolamento, restrição na manifestação de afeto, pouca expressão facial e fala lenta e monótona. Indivíduos com este transtorno veem-se como diferentes em um sentido negativo, consideram os outros como não bondosos e não disponíveis, e as interações sociais como difíceis e prejudiciais. O isolamento contribui para as suas deficiências em conversação e expressão de afetos, positivo ou negativo. Seu estilo interacional é lento e desligado, gerando desinteresse e afastamento nos outros.
Transtorno da personalidade esquizotípica	Apresentam semelhanças com os esquizoide quanto à evitação de relacionamentos interpessoais, mas diferenciam-se pela presença de sintomas psicóticos. As características principais incluem: desconforto acentuado e incapacidade com relacionamentos íntimos, além de comportamento excêntrico, ideação paranoide, ideias de referência, experiências perceptuais incomuns e fala estranha.

Considerando as características desse primeiro grupo e as classes de habilidades sociais, pode-se esperar déficits especialmente em habilidades de empatia, conversação, expressão de afeto positivo e expressividade em geral; **somente nos paranoicos, também de autocontrole da raiva e agressividade** 

**Tabela 2**

Padrões interpessoais (*destacados*) associados aos transtornos de personalidade do Grupo B (“teatrais” e “volúveis”).

Transtorno	Padrão interpessoal
Transtorno da personalidade antissocial	Tendência a <i>comportamentos irresponsáveis e socialmente ameaçadores</i> . Indivíduos com este transtorno se veem como fortes e autônomos, e aos outros como fracos e merecedores de serem “predados.” Manifestam <i>incapacidade significativa de lealdade, de sentir culpa</i> e de aprender com o castigo. São <i>egoístas, insensíveis e impulsivos</i> . Tendem a <i>manipular, mentir, roubar, brigar e resistir à autoridade</i> . Embora consigam perceber as necessidades, sentimentos e pensamentos dos outros de forma acurada, <i>usam esse conhecimento para propósitos próprios</i> .
Transtorno da personalidade limítrofe	Instabilidade significativa nas relações sociais, nas emoções, na autoimagem e nos comportamentos, além de <i>impulsividade e medo extremo do abandono</i> . Veem-se como <i>incapazes, vulneráveis e inaceitáveis</i> e ao mundo como mal e perigoso. O conteúdo de seus esquemas inclui a <i>hipervigilância</i> (vulnerabilidade em um mundo perigoso) e <i>pensamento dicotômico</i> (idealização e desvalorização). Esses padrões eliciam <i>comportamento interpessoal instável e extremo</i> (algumas vezes agarram-se aos outros e outras vezes afastam-se pela desconfiança; podem se comportar como uma criança aborrecida e desesperada, demandando e ao mesmo tempo temendo o carinho). Suas estratégias de enfrentamento incluem: <i>agressão, automutilação</i> e variadas formas de <i>compulsões</i> para se distrair do sofrimento emocional. O <i>descontrole emocional</i> e o <i>apego</i> exagerado destes indivíduos provocam o afastamento dos outros.
Transtorno da personalidade histriônica	<i>Emotividade teatral, inadequada e superficial</i> . O valor pessoal é avaliado pela atenção recebida dos outros, levando a atitudes exageradas, tais como fala impressionista, roupas chamativas e sedução exagerada. A estratégia para chamar atenção é a <i>dramaticidade</i> . Indivíduos com este transtorno são emocionalmente excitáveis e respondem a estímulos mínimos com <i>explosões de raiva descontroladas</i> . São percebidos como <i>superficiais, exigentes, excessivamente dependentes, excitáveis</i> e de difícil convívio.
Transtorno da personalidade narcisista	Apresentam uma imagem de especiais e superiores. Entretanto, essa visão não reflete autoconfiança, mas sim uma <i>preocupação em transmitir uma imagem de superioridade</i> . Suas <i>crenças reais são de inferioridade, insignificância ou incapacidade</i> . Necessitam de <i>status</i> e de poder para confirmação de seu esquema de grandiosidade. Quando não são correspondidos na expectativa de tratamento especial, sentem-se ofendidos. São <i>competitivos, invejosos, autocentrados e indiferentes</i> às necessidades dos outros. Seu padrão <i>arrogante</i> provoca irritação ou insegurança nos outros. Quando desafiados ou não atendidos, tornam-se <i>defensivos, agridem e humilham</i> .

O padrão interpessoal deste grupo parece impactar mais intensamente os critérios de competência social do que as habilidades sociais específicas, especialmente quando se considera a dimensão ética da competência social. Nesse sentido, não bastaria promover a aquisição de habilidades específicas, mas, sobretudo, estabelecer condições para uma reestruturação cognitiva em termos de autovalorização realista (especialmente nos casos de TP limítrofe e narcisista) e de valorização e respeito aos outros associados ao desenvolvimento da emotividade autêntica (no caso dos TP antissocial e histriônica). De todo modo, cabe enfatizar, neste grupo, a importância das habilidades assertivas e empáticas, especialmente a combinação entre elas, conforme destacado por Falcone (2000; 2001).

### Tabela 3

Padrões interpessoais (*destacados*) associados aos transtornos de personalidade do Grupo C (“ansiosos” e “temerosos”).

Transtorno	Padrão interpessoal
Transtorno da personalidade dependente	Veem-se como frágeis, indefesos e incompetentes para agir de forma independente e sobreviver em um <i>mundo hostil e perigoso</i> . Desse modo, <i>expressam uma necessidade excessiva de cuidado e proteção</i> por parte daqueles considerados fortes e capazes. Uma vez que dependem dos cuidados de outros, <i>temem o abandono, são incapazes de tomar decisões simples</i> do dia a dia, experimentam <i>ansiedade de separação e desamparo</i> com as ameaças de abandono e <i>comportam-se de forma submissa e pouco assertiva</i> . São excessivamente <i>obedientes, sensíveis a críticas e tolerantes com o abuso</i> dos outros devido ao medo do abandono. A necessidade excessiva de apego e a dependência tendem a alienar as outras pessoas, que podem se afastar.
Transtorno da personalidade esquiva	Caracteriza-se por padrão elevado de <i>evitação cognitiva, afetiva e comportamental frente às interações sociais</i> , derivadas de um esquema de ser defeituoso e indigno da atenção e consideração das outras pessoas. Veem as outras pessoas como superiores, seguras e fortes. Temem demonstrar a própria vulnerabilidade e sofrer rejeição ou desqualificação por serem considerados fracos e indignos. É considerada uma <i>forma mais grave de fobia social generalizada</i> . Uma das estratégias utilizadas por esses indivíduos para <i>evitar a intimidade</i> e decepcionar os outros é o <i>retraimento</i> . Apresentam <i>deficiências em iniciar e manter conversação, defender os próprios direitos, expressar opinião e afeto positivo ou negativo</i> . Em contexto social, por estarem excessivamente autofocados, apresentam <i>dificuldades em tomar a perspectiva</i> do interlocutor.

Transtorno	Padrão interpessoal
Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva	São considerados rígidos, perfeccionistas, dogmáticos, ruminativos, moralistas, inflexíveis, indecisos, além de <i>emocionalmente e cognitivamente bloqueados</i> . Veem-se como responsáveis por si e pelos outros e consideram as outras pessoas irresponsáveis, descuidadas, autoindulgentes ou incompetentes. Dependem de ordem e de regras para funcionar e são <i>intolerantes e críticos</i> com as falhas dos outros, por acreditarem que estes funcionarão melhor se forem criticados. Manifestam uma <i>fala excessivamente detalhista</i> , a ponto de cansar ou irritar o interlocutor. Por serem preocupados com desempenho e produtividade, dão <i>pouca importância a expressões de afeto e de compreensão das necessidades emocionais dos outros</i> , além de serem controladores.

Ainda que se possa identificar um eixo comum em termos de déficits de assertividade, cada um desses transtornos parece se associar a falhas mais diversificadas de habilidades sociais (especialmente o TP de esqui-va), incluindo o papel complementar da empatia, da resolução de problemas e da expressividade emocional. Mais do que os grupos anteriores, portanto, este grupo poderia se beneficiar mais amplamente de programas de habilidades sociais como parte do tratamento psicológico.

## O papel das habilidades sociais na prevenção e no tratamento dos transtornos de personalidade

A pertinência da promoção de habilidades sociais do psicólogo tem sido assinalada (Del Prette, Del Prette & Barreto, 2006) pelo menos sob duas vertentes: a de objetivo e a de processo. No primeiro caso, entende-se que as habilidades sociais constituem alvo importante de intervenções educativas e terapêuticas enquanto aquisições a serem promovidas nos participantes de programas de habilidades sociais e, também, como objetivos a serem alcançados pelo paciente ao longo do atendimento terapêutico. No segundo caso, considerando-se o caráter interativo do processo terapêutico, as habilidades sociais do terapeuta são reconhecidas como a base de sua atuação profissional e da qualidade da relação terapêutica.



A aquisição e o aperfeiçoamento de habilidades sociais, tanto do paciente como do terapeuta, podem ser obtidos por meio de programas especificamente voltados para esse repertório. De acordo com Del Prette e Del Prette (no prelo), um programa de habilidades sociais pode ser como “um conjunto de atividades planejadas que estruturam processos de aprendizagem, mediados e conduzidos por um terapeuta ou coordenador, visando: (a) ampliar a frequência e/ou melhorar a proficiência de habilidades sociais já aprendidas, mas deficitárias; (b) ensinar habilidades sociais novas significativas; (c) diminuir ou extinguir comportamentos concorrentes com tais habilidades”.

Conforme delineado na seção anterior, os padrões interpessoais dos indivíduos que apresentam transtornos de personalidade são correlatos importantes que comprometem a qualidade de suas relações interpessoais. Assim, promover as habilidades sociais desses pacientes pode ser entendido como um objetivo legítimo do processo terapêutico. Essa posição é coerente com a proposta de O’Donohue e Krasner (1995), de que programas de habilidades sociais podem constituir tanto o componente principal como um coadjuvante do processo terapêutico.

Essa possibilidade encontra respaldo na metanálise de Simon (2009), que debruçou-se sobre quinze estudos de avaliação de efeitos de psicoterapia para pacientes com transtornos de personalidade do grupo C: transtornos de personalidade esquiva, personalidade dependente e personalidade obsessivo-compulsiva. Os resultados mostraram que: (a) os pacientes na condição de tratamento tiveram mudanças superiores aos da condição de controle; (b) a maior parte dos ganhos ocorreram entre o pós-tratamento e o *follow-up*; e (c) as intervenções que geraram mudanças mais significativas foram aquelas que incluíram entre seus componentes o treinamento em habilidades sociais.

A importância das habilidades sociais como componente das metas e do processo de intervenção junto a pessoas com transtornos de personalidade é retomada nos tópicos seguintes, focalizando as duas vertentes da importância das habilidades sociais, enquanto objetivo e enquanto processo. Na primeira vertente, são enfatizadas as habilidades sociais como

objetivos de programas preventivos com pais e cuidadores; na segunda, a ênfase recai sobre as habilidades sociais do terapeuta que atende pacientes com transtornos de personalidade, destacando-se também a importância desse repertório na formação do psicólogo em geral.

## **Habilidades sociais na prevenção de transtornos de personalidade**

O amplo reconhecimento das habilidades sociais como fator de proteção ao desenvolvimento saudável, bem como a percepção das falhas nesse repertório como condição de risco para problemas psicológicos (Walker & Severson, 2002) permite concluir que os padrões de interação social, apresentados por indivíduos com transtorno de personalidade, possuem uma história, com determinantes pessoais e ambientais. Reconhecer essa história implica reconhecer também a possibilidade de intervir nela e, portanto, a necessidade e pertinência de programas preventivos dos transtornos de personalidade.

Ainda que de forma geral seja possível defender a pertinência de programas de habilidades sociais na escola e na comunidade com vistas à prevenção universal de transtornos psicológicos em geral, aqui se incluindo os de personalidade, algumas questões mais específicas podem ser endereçadas aos pais e cuidadores enquanto agentes primários de prevenção desses transtornos, conforme se aborda a seguir. Assim, neste capítulo, daremos ênfase aos programas preventivos dirigidos aos cuidadores, uma vez que conhecimentos gerados na pesquisa em psicoterapia indicam consistentemente que práticas educativas parentais abusivas, negligentes e permissivas constituem o principal mecanismo de risco para o desenvolvimento desadaptativo da personalidade (Young et al., 2003).

Sendo a negligência, a permissividade e os maus-tratos parentais alguns dos mais relevantes fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos de personalidade, a prevenção primária a esses transtornos deve focar, prioritariamente, a promoção de habilidades parentais e a prevenção da violência contra a criança. Há evidências de que os cinco primeiros anos

de vida comportam o período de maior risco e vulnerabilidade para negligência e abuso físico na infância. É nessa etapa da vida que ocorre a maior parte das fatalidades resultantes de negligência e abuso contra a criança (Guterman, 1999; Brewster et al., 1998). Por conseguinte, intervenções para prevenção aos maus-tratos deveriam ser preferencialmente precoces, conduzidas com pais que estejam vivenciando a primeira gestação ou que tenham filhos em idade pré-escolar. Tais intervenções podem contribuir para a redução do risco de transtornos internalizantes (Comptom et al., 2002) e externalizantes (Farmer et al., 2002) na infância e adolescência e outros transtornos emocionais e comportamentais na vida adulta, dentre os quais se incluem os transtornos de personalidade. Esses programas, principalmente os desenvolvidos ainda na primeira gestação, também previnem riscos para a deterioração da relação conjugal, divórcio, violência conjugal, acidentes, hospitalizações e mortes decorrentes de maus-tratos e negligência contra a criança (Hammond, Haegerich, & Saul, 2009).

Uma meta-análise de Lundahl, Nimer e Parsons (2016) conduzida para verificar os efeitos de programas para cuidadores focados na prevenção a maus-tratos contra a criança (os quais incluem, dentre outros componentes, o ensino de habilidades sociais aos pais), identificou serem esses programas efetivos, sobretudo quando combinam visitas domiciliares à intervenção em grupo, em oposição à intervenção em grupo somente. Assim, existem evidências advindas de diversos estudos apontando a efetividade de programas preventivos e sugerindo ser o THS um componente usual nesses programas para crianças, adolescentes e cuidadores.

O desenvolvimento de apego seguro (Bowlby, 1984; 2001), por meio de interações responsivas entre pais e bebês, é uma das vias de prevenção aos cuidados parentais abusivos ou negligentes e, por conseguinte, aos esquemas disfuncionais (Valentini & Alchieri, 2009). Nesse sentido, programas para pais e mães primíparos, também denominados de programas de transição para a parentalidade, constituem uma opção relevante e pertinente. A literatura internacional é rica em estudos de avaliação de programas de transição para a parentalidade e de prevenção a maus-tratos contra a criança (Gonzales & MacMillan, 2008; Gray & McCormick, 2005; MacLeod &

Nelson, 2000). As intervenções na área têm sido implementadas em diferentes contextos, momentos da parentalidade e formatos. Essa diversidade compreende intervenções feitas em centros de saúde, nos domicílios e hospitais, antes e/ou após o nascimento do bebê, em grupo ou em visitas domiciliares.

Boa parte destes estudos adota delineamentos experimentais ou quase experimentais, com abordagem psicoeducativa focada na dimensão da parentalidade (Akai et al., 2008; Deyo, Skybo, & Carrol, 2008; Shute & Judge, 2005), da conjugalidade (Hawkins et al., 2006), ou, com menor frequência, em ambas as dimensões (Doherty, Erickson, & LaRossa, 2006). A análise dessa literatura mostra que o conteúdo focado na parentalidade inclui o treinamento da responsividade parental, informações sobre o desenvolvimento do bebê, habilidades sociais parentais e cuidados com a saúde do bebê. E o conteúdo focado na conjugalidade inclui habilidades sociais conjugais, o apoio social (com ênfase no envolvimento do pai nos cuidados com o bebê), a divisão de tarefas e o manejo dos diferentes papéis no casamento. Portanto, o treinamento em habilidades sociais constitui parte do conteúdo multimodal dessas intervenções, tanto na dimensão da parentalidade quanto da conjugalidade.

No Brasil, a literatura específica em programas preventivos a maus-tratos contra a criança para pais e mães primíparos é ainda pequena (Gravena & Williams, 2004; Wendland-Carro et al., 1999). Murta et al. (2010) conduziram um estudo de caso com esse objetivo, sobre uma intervenção psicoeducativa, em nove visitas domiciliares, feitas a um casal que estava no sétimo mês da gestação ao início da intervenção. Durante as visitas, uma cartilha informativa (Murta et al., 2008) foi utilizada para abordar o enfrentamento aos estressores do parto e puerpério, a relação conjugal na transição para a parentalidade, as habilidades sociais do casal, as capacidades sensoriais do bebê, o laço afetivo entre os pais e o bebê, maus-tratos contra o bebê e resiliência, risco e proteção no curso da vida. Além da cartilha, foram utilizados ensaio comportamental, *videofeedback*, exposição de filme e exposição dialogada. Os resultados, avaliados por meio de entrevistas e observação direta da relação pais-bebê, evidenciaram o impacto positivo nas dimensões da conjugalidade, com melhor comunicação e solução de

problemas interpessoais entre o casal, e da parentalidade, com a construção de conhecimentos sobre o desenvolvimento do bebê, mudanças nas crenças sobre práticas educativas parentais violentas, responsividade na relação com o bebê e menor estresse parental.

Os programas preventivos para cuidadores também podem ser conduzidos com pais cujos filhos já estejam crescidos. Em uma meta-análise para identificar as características dos programas de treinamento de pais de maior efetividade, feita a partir de uma amostra de 77 artigos de avaliação de intervenções com este foco, Kaminski et al., (2008) constataram como sendo mais efetivos os programas que incluíam habilidades de comunicação emocional, habilidades para manejo de comportamentos inadequados dos filhos (como uso apropriado do *time out*), consistência parental no uso de regras e limites e apoio aos pais para investirem em interações positivas com os filhos (como o brincar conjunto) e praticarem as novas habilidades aprendidas no decorrer do programa. Programas com tais componentes e estratégias de intervenção podem minimizar dificuldades em habilidades sociais dos pais, como problemas em expressar afeto, demonstrar empatia (comunicação emocional), controlar a raiva, monitorar o comportamento dos filhos e impor regras assertivamente (consistência no ensino de limites e regras). Observa-se, portanto, uma relação entre habilidades sociais parentais e o conteúdo de programas de treinamento de pais com evidências de efetividade, conforme estudo de Kaminski et al. (2008).

Cabe salientar a escassez de avaliações longitudinais que avaliem o impacto de programas preventivos, comparando crianças que passaram por esses programas com crianças de grupos-controle, sobre a ocorrência posterior de transtornos de personalidade. Por serem dispendiosos em termos de tempo (deveriam durar décadas) e recursos, tais estudos permanecem como um ponto em aberto na agenda de pesquisas nesta área. Apesar disso, existe um amplo corpo de evidências de que maus-tratos constituem fator de risco grave no desenvolvimento (Lundahl, Nimer & Parsons, 2010; Kaminski et al., 2008; Valentini & Alchieri, 2009), razão pela qual sua prevenção é técnica e eticamente recomendável, seja focada na prevenção dos transtornos de personalidade ou em outros desfechos sobre a saúde.

## Habilidades sociais na atuação do psicoterapeuta e do psicólogo em geral

A forma como esses objetivos serão implementados no processo terapêutico pode ser bastante variada, a depender da orientação conceitual e prática do terapeuta, mas envolverá, necessariamente, desafios particulares em termos de planejamento do processo e de habilidades interpessoais do terapeuta para a condução efetiva desse processo.

Os padrões de pensamento e comportamento disfuncionais dos indivíduos com transtorno de personalidade tendem a se manifestar nas interações com o psicoterapeuta. Parte fundamental do trabalho do psicoterapeuta consiste em observar a ocorrência desses comportamentos e avaliar se tais comportamentos também ocorrem nas relações interpessoais do paciente para, em seguida, compartilhar com ele as hipóteses sobre o seu funcionamento e usar as estratégias terapêuticas adequadas para o manejo das dificuldades constatadas. Durante esse processo, sentimentos desagradáveis podem ser experimentados pelo psicoterapeuta de modo similar ao que as pessoas do convívio do paciente também podem sentir, como raiva, desânimo, confusão e rejeição. Assim, os sentimentos do terapeuta servem como dicas importantes dos padrões de interação do paciente (Braga & Vandenberghe, 2006; Falcone, 2004, 2006; Falcone & Azevedo, 2006; Sousa & Vandenberghe, 2007; Sousa, 2003).

Psicoterapeutas pouco preparados podem reagir inadequadamente a essas situações geradoras de sentimentos desagradáveis com seus pacientes com transtornos de personalidade. Podem se esquivar desses sentimentos e negligenciar a exploração de tais episódios-amostra das dificuldades do indivíduo ou podem reagir com hostilidade e culpabilização a ele. A negligência, a hostilidade e a imperícia do psicoterapeuta resultam não apenas do pouco preparo técnico, mas também de seus próprios esquemas desadaptativos (Young et al., 2003) e de seu repertório deficitário de habilidades sociais, em geral, e de habilidades terapêuticas (que incluem as sociais), em particular. Para que o psicoterapeuta consiga “estar presente” (Vandenberghe & Assunção, 2009) e explorar adequadamente esses

episódios, diversas habilidades sociais lhe são exigidas: autoconhecimento de seus esquemas e vulnerabilidades, observação das próprias emoções, autocontrole da impulsividade, autorrevelações genuínas, manifestação assertiva de desagrado, perguntas não defensivas que gerem auto-observação no cliente, escuta empática e expressão de sentimentos positivos.

O manejo adequado de episódios que levem a rupturas na relação terapêutica, desde o começo da psicoterapia, pode fortalecer a aliança terapêutica, reduzir o risco de desistência e maximizar as chances de sucesso na psicoterapia (Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006). Em uma revisão de literatura, Ackerman e Hilsenroth (2001) investigaram os usos da técnica e das características do terapeuta que afetavam negativamente a aliança terapêutica, tomando os clientes como informantes. O estudo constatou que os psicoterapeutas descritos como rígidos, inseguros, críticos, distantes, tensos, formais, frios, distraídos e exploradores eram os que mais comprometiam a construção da aliança terapêutica. Este estudo revelou ainda que, do ponto de vista do uso da técnica, a aliança terapêutica era prejudicada por falhas em estruturar a terapia, superestruturação da terapia, autorrevelação inapropriada, interpretação inadequada da transferência, uso inapropriado do silêncio, depreciação e intervenções superficiais.

Esses resultados mostram que, além da imperícia no uso da técnica, várias falhas interpessoais do psicoterapeuta podem comprometer o processo, tais como: responder inadequadamente ao paciente (por exemplo: sendo rígido, distante, frio, distraído e silencioso em momento inoportuno), tratá-lo desrespeitosamente (por exemplo: sendo crítico, explorador e depreciativo) e manejar de forma inadequada a relação terapêutica (por exemplo: fazendo interpretações inadequadas da “transferência”). Assim, fica evidente que a formação de psicoterapeutas para serviços psicoterapêuticos de qualidade, sobretudo para pessoas com transtornos de personalidade (quando as rupturas na relação terapêutica tendem a ocorrer mais frequentemente), deve incluir o desenvolvimento de habilidades sociais.

Infelizmente, o ensino formal de habilidades sociais não é parte dos currículos de graduação em Psicologia e outras áreas da saúde. Por isto, iniciativas pessoais devem ser tomadas para suprir essa lacuna, como

psicoterapia pessoal, participação em grupos diversos, supervisão, leituras dirigidas (Ireno, 2007), autoavaliação do desempenho como psicoterapeuta e programas específicos voltados para a formação do psicólogo (Del Prette et al., 2006) enquanto futuros terapeutas. Uma proposta de instrumento para a formação de psicoterapeutas iniciantes foi feita por Ireno (2007). Trata-se de uma escala construída para avaliação pelo supervisor do desempenho de psicoterapeutas analítico-comportamentais iniciantes, mas que pode também ser usada como roteiro para autoavaliação. É composta de 55 itens distribuídos em quatro categorias: desempenhos relacionados ao estabelecimento da aliança terapêutica (exemplo: verbalizações que indicam entendimento do relato do cliente, como paráfrase e sumarização), desempenhos relacionados à postura profissional (exemplo: descrever o funcionamento da psicoterapia, seus objetivos, regras, acerto de horários e honorários), desempenhos relacionados à coleta de dados (exemplo: solicitar informações sobre as dimensões do comportamento problema, como frequência, duração e intensidade) e estratégias de intervenção do psicoterapeuta (como consequenciar os comportamentos do paciente na sessão, por exemplo, insistindo na continuidade de algum assunto relevante do qual ele esteja claramente buscando se esquivar).

Esses estudos mostram que a qualidade da relação terapêutica não depende apenas de empatia (a primeira das habilidades sociais enfatizadas nas pesquisas em psicoterapia, desde os estudos pioneiros de Carl Rogers), mas de um amplo conjunto destas, incluindo habilidades sociais assertivas, empáticas, civilidade, expressividade emocional, manejo da raiva e solução de problemas interpessoais. Conclui-se que o desenvolvimento dessas habilidades sociais na formação do psicoterapeuta pode contribuir para a redução de erros profissionais, como a negligência e a imperícia, e a maximização da efetividade da psicoterapia, o que pode ser particularmente crítico no caso de pacientes com transtornos de personalidade. Não é, portanto, apenas uma questão de técnica, mas também da ética que baseia a atuação profissional em saúde mental (Goldim & Protas, 2008). Serviços assim fundamentados terão mais chance de gerar benefícios, evitar danos, promover a autonomia e respeitar os direitos das



peças com transtornos de personalidade, na qualidade de consumidores de serviços psicoterapêuticos.

## À guisa de conclusão

Este capítulo mostrou que o campo das habilidades sociais apresenta um potencial, certamente ainda pouco explorado, de contribuições para a compreensão, análise e intervenção clínica e educativa sobre os transtornos de personalidade. A identificação de um padrão interpessoal associado aos diferentes transtornos psicológicos aponta para alguns desafios no planejamento e condução de intervenções terapêuticas junto a essa clientela e, portanto, para a importância da avaliação e da promoção de habilidades sociais do psicólogo, conforme enfatizado em outros estudos (Del Prette & Del Prette, 2004, Del Prette et al., 2006). No entanto, também deve ser reconhecida a necessidade de pesquisas adicionais e mais específicas sobre a população com transtornos de personalidade, com vistas a ampliar o conhecimento disponível sobre o repertório de habilidades sociais dessa clientela e sobre alternativas eficazes de inserir módulos ou programas efetivos de promoção dessas habilidades no atendimento terapêutico e também em programas de prevenção junto à população em geral.

## Referências

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy*, 38, 171-185.
- Akai, C. E., Guttentag, C. L., Baggett, K. M., & Noria, C. C. W. (2008). Enhancing parenting practices of at-risk mothers. *Journal of Primary Prevention*, 29, 223-242.
- Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1983). *Comportamento assertivo. Um guia de auto-expressão*. Belo Horizonte: Interlivros.

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., rev.). Washington, DC: APA.
- Angélico, A. P. (2009). *Transtorno de ansiedade social e habilidades sociais: estudo psicométrico e empírico*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Bartholomeu, D., Nunes, C. H. S. da S., & Machado, A. A. (2008). Traços de personalidade e habilidades sociais em universitários. *Psico-USF*, 13(1), 41-50.
- Beck, A., & Freeman, A. (1993). *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2005). *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade* (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (2005). Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade. In P. M. Salkovskis (Org.), *Fronteiras da terapia cognitiva* (pp. 151-164). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bedell, J. R., & Lennox, S. S. (1997). *Handbook for communication and problem-solving skills training. A cognitive-behavioral approach*. New York: John Wiley.
- Bowlby, J. (1984). *Separação, angústia e raiva* (Vol. 2). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (2001). *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Braga, G. L. D. B., & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 23, 307-314.
- Brewster, A. L., Nelson, J. P., Hymel, K. P., Colby, D. R., Lucas, D. R., McCanne, R. T., & Milner, J. S. (1998). Victim, perpetrator, family, and incident characteristics of 32 infant maltreatment deaths in the United States Air Force. *Child Abuse & Neglect*, 22, 91-101.
- Bueno, J. M. H., Oliveira, S. M. S. S., & Oliveira, J. C. S. (2001). Um estudo correlacional entre habilidades sociais e traços de personalidade. *Psicologia-USF*, 6(1), 31-38.
- Bussab, V. S. R. (2002). Nas malhas do apego: natureza, cultura e desenvolvimento humano. In S. A. S. Leite (Org.), *Cultura, cognição e afetividade*

de: *a sociedade em movimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo Veintiuno de España.

Caballo, V. E. (2008). Conceitos atuais sobre os transtornos da personalidade. In V. E. Caballo (Org.), *Manual de transtornos de personalidade. Descrição, avaliação e tratamento*. São Paulo: Livraria Santos.

Caballo, V. E., & Iruetia, M. J. (2004). Treinamento em habilidades sociais. In P. Knapp (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 454-467). Porto Alegre: Artmed.

Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: where are we and where should we go? *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 43, 271-279.

Comptom, S. N., Burns, B. J., Egger, H. L., & Robertson, E. (2002). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: internalizing disorders. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 70, 1240-1266.

Correia, S. K. B., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2004). Habilidades sociais em mulheres obesas: um estudo exploratório. *PSICO-USF*, 9(2), 201-210.

D'Augustin, J. F. (2010). *As relações entre estilos de apego e habilidades sociais em indivíduos com transtornos alimentares*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Davis, M. H., & Oathout, H. A. (1987). Maintenance of satisfaction in romantic relationships: empathy and relational competence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 397-410.

Davis, M. H. (1983). The effects of dispositional empathy on emotional reactions and helping: a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 167-184.

Davis, M. H., & Kraus, L. A. (1997). Personality and empathic accuracy. In W. Ickes (Ed.), *Empathic accuracy* (pp. 144-168). New York: Guilford.

Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3, 71-100.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (1996). Habilidades sociais: uma área em desenvolvimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 9(2), 233-255.

- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001). *Inventário de habilidades sociais. Manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2001a). *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2001b). Habilidades sociais: biologia evolucionária, sociedade e cultura. In H. J. Guihardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, & Scoz, M. C. (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade* (pp. 65-75). Santo André: Esetec.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2002). Transtornos psicológicos e habilidades sociais. In H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento* (Vol. 10, pp. 377-386). Santo André: Esetec.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2003). Desenvolvimento interpessoal: uma questão pendente no ensino universitário. In E. Mercuri, & S. Polydoro (Orgs.), *Estudante universitário: características e experiências de formação* (pp. 105-128). Taubaté: Cabral.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2006). *Psicologia das habilidades sociais: terapia, educação e trabalho* (4a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (no prelo). Habilidades sociais e análise do comportamento: proximidade histórica e atualidades. *Perspectivas em análise do comportamento*.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (no prelo). Programa vivencial de habilidades sociais características sob a perspectiva da Análise do Comportamento. In M. R. Garcia (Org.), *Sobre comportamento e cognição*.
- Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., & Barreto, M. C. M. (2006). Treinamento de habilidades sociais em grupo com estudantes de psicologia: avaliando um programa de intervenção. In M. Bandeira, Z. A. P. Del Prette, & A. Del Prette (Orgs.), *Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal* (pp. 217-234). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., Bandeira, M., Rios-Saldaña, M. R., Ulian, A. L. A. O., Gerk-Carneiro, E., Falcone, E. M. O., Villa, M. B., & Barreto, M. C. M. (2004). Habilidades sociais de estudantes de psicologia: um estudo multicêntrico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 341-350.
- Deyo, G., Skybo, T. & Carrol, A. (2008). Secondary analysis of the “Love Me... Never Shake Me” SBS education program. *Child Abuse & Neglect*, 32, 1017-1025.
- Doherty, W. J., Erickson, M. F., & LaRossa, R. (2006). An intervention to increase father involvement and skills with infants during the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 20, 438-447.
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1977). *Amor e ódio: história natural dos padrões elementares do comportamento*. Lisboa: Livraria Bertrand.
- Falcone, E. M. O. (1989). A eficácia do tratamento em grupo da ansiedade social. *Psicologia Clínica*, 4, 75-91.
- Falcone, E. M. O. (1995). Fobia social. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos* (Vol. 2). Campinas: Editorial Psy.
- Falcone, E. M. O. (1998). *A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Falcone, E. M. O. (2000). Habilidades sociais: para além da assertividade. In R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos* (Vol. 6, pp. 211-221). Santo André: SET.
- Falcone, E. M. O. (2001). Uma proposta de um sistema de classificação das habilidades sociais. In H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade* (Vol. 8, pp. 195-209). Santo André: Esetec.
- Falcone, E. M. O. (2002). Contribuições para o treinamento em habilidades de interação. In H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição. Contribuições para a construção da teoria do comportamento* (Vol. 10, pp. 91-104). Santo André: Esetec.
- Falcone, E. M. O. (2003). Empatia. In C. N. Abreu & M. Roso (Orgs.), *Psicoterapias cognitiva e construtivista: novas fronteiras da prática clínica*. (pp. 275- 287). Porto Alegre: Artmed.

- Falcone, E. M. O. (2004). A relação terapêutica. In P. Knapp (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 483-495). Porto Alegre: Artmed.
- Falcone, E. M. O. (2006). A dor e a delícia de ser um terapeuta: considerações sobre o impacto da psicoterapia na pessoa do profissional de ajuda. In H. J. Guilhardi, & N. C. de Aguirre (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade*. (Vol. 17, pp. 135-145). Santo André, SP: Esetec.
- Falcone, E. M. O., & Azevedo, V. S. (2006). Um estudo sobre a reação de terapeutas cognitivo-comportamentais frente à resistência de pacientes difíceis. In E. F. M. Silveiras (Org.), *Atendimento psicológico em clínicas-escola* (pp. 159-184). Campinas: Alínea.
- Falcone, E. M. O., Ferreira, M. C., Luz, R. C. M., Fernandes, C. S., Faria, C. A., D'Augustin, J. F., Sardinha, A., & Pinho, V. D. (2008). Inventário de Empatia (IE): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Revista Avaliação Psicológica*, 7, 321-334.
- Farmer, E. M. Z., Comptom, S. N., Burns, B. J., & Robertson, E. (2002). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: externalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1267-1302.
- Freeman, A. (2004). Cognitive-behavioral treatment of personality disorders in childhood and adolescence. In R. L. Leahy (Org.), *Contemporary cognitive therapy. Theory, research, and practice*. (pp. 319-337). New York: Guilford.
- Goldim, J. R., Protas, J. S. (2008). Psicoterapias e bioética. In Cordioli, A. V. (Org.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (pp. 809-829). Porto Alegre: Artmed.
- Gonzales, A., & MacMillan, H. L. (2008). Prevention child maltreatment: an evidence-based update. *Journal of Postgraduation Medicine*, 54, 280-286.
- Gravena, A. C., & Williams, L. C. A. (2004). Intervenção com gestantes adolescentes de baixo poder aquisitivo: prevenção de maus-tratos e negligência. *Temas sobre Desenvolvimento*, 13, 14-20.
- Gray, R., & McCormick, M. C. (2005). Early childhood intervention programs in the US: recent advances and future recommendations. *The Journal of Primary Prevention*, 26, 259-275.
- Guterman, N. B. (1999). Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the "universal versus targeted"

debate: a meta-analysis of population-based and screening-based programs. *Child Abuse & Neglect*, 23, 863-890.

Hammond, W. R., Haegerich, T. M., & Saul, J. (2009). The public health approach to youth violence and child maltreatment prevention at the Centers for Disease Control and Prevention. *Psychological Services*, 6, 253-263.

Hawkins, A. J., Fawcett, E. B., Carroll, J. S., & Gilliland, T. T. (2006). The marriage moments program for couples transitioning to parenthood: divergent conclusions from formative and outcome evaluation data. *Journal of Family Psychology*, 20, 561-570.

Hidalgo Carmona, C. G., & Abarca Melo, N. (2000). *Comunicacion interpersonal. Programa de entrenamiento em habilidades sociales* (5a ed.). Santiago: Ediciones Universidad Catolica de Chile.

Ireno, E. M. (2007). *Formação de terapeutas analítico-comportamentais: efeitos de um instrumento de avaliação de desempenho*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Kaminski, J. K., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567-589.

Lange, A. J., & Jakubowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior*. Illinois: Research Press.

Leahy, R. L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford.

Lundahl, B. W., Nimer, J., & Parsons, B. (2006). Preventing child abuse: a meta-analysis of parent training programs. *Research on Social Work Practice*, 16, 251-262.

Murta, S. G., Rodrigues, A. C, Rosa, I. O., Paulo, S. G., & Furtado, K. (2008). *Grávidos! E agora?! Uma cartilha para pais e mães primíparos*. Goiânia: Editora da UCG.

Murta, S. G., Rodrigues, A. C, Rosa, I. O., Paulo, S. G., & Furtado, K. (no prelo). Avaliação de um programa de transição para a parentalidade.

O'Donohue, W., & Krasner, L. (1995). Psychological skills training. In W. O'Donohue, & L. Krasner (Eds.). *Handbook of psychological skills training* (pp. 1-19). London: Allyn and Bacon.

- Obeji, J. H. (2008). The development of the client-therapist bond through the lens of attachment theory. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 431-446.
- Pretzer, J., & Beck, J. S. (2004). Cognitive therapy of personality disorders: twenty years of progress. In R. L. Leahy (Org.), *Contemporary cognitive therapy. Theory, research, and practice* (pp. 299-318). New York: Guilford.
- Safran, J.D. (2002). *Ampliando os limites da terapia cognitiva: O relacionamento terapêutico, a emoção e o processo de mudança*. Porto Alegre: Artmed.
- Segrin, C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, 20, 379-403.
- Segrin, C., & Flora, J. (2000). Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychosocial problems. *Human Communication Research*, 26, 489-514.
- Shute, J. L., & Judge, K. (2005). Evaluating "Starting Well", the Scottish National Demonstration Project for child health: outcomes at six months. *The Journal of Primary Prevention*, 26, 221-240.
- Simon, W. (2009). Follow-up psychotherapy outcome of patients with dependent, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: a meta-analytic review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13, 153-165.
- Sousa, A. C. A., & Vandenberghe, L. (2007). Possibilidades da FAP como método de supervisão de terapeutas com clientes *borderlines*. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1, 1-11.
- Sousa, A. C. A. (2003). Transtorno de personalidade *borderline* sob uma perspectiva analítico-funcional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 51, 121-137.
- Trower, P. (1995). Adult social skills: State of the art and future directions. In W. O'Donohue, & L. Krasner (Eds.), *Handbook of psychological skills training: Clinical techniques and applications* (pp. 54-80). New York: Allyn and Bacon.
- Trower, P., O'Mahony, J. F., & Dryden, W. (1982). Cognitive aspects of social failure: some implications for social-skills training. *British Journal of Guidance & Counseling*, 10, 176-184.



- Valentini, F., & Alchieri, J. C. (2009). Modelo clínico de estilos parentais de Jeffrey Young: revisão de literatura. *Contextos Clínicos*, 2, 113-123.
- Vandenbergue, L., & Assunção, A. B. (2009). Concepções de *mindfulness* em Langer e Kabat-Zinn: um encontro da ciência ocidental com a espiritualidade oriental. *Contextos Clínicos*, 2, 124-135.
- Ventura, P. (2001). Transtorno de personalidade limítrofe (*borderline*). In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais. Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Walker, H. M., & Severson, H. H. (2002). Developmental prevention on at-risk outcomes for vulnerable antisocial children and youth. In K. L. Lane, F. M. Gresham, & T. E. O'Shaughnessy (Orgs.), *Children with or at risk for emotional and behavioral disorders* (pp. 175-194). Boston: Allyn & Bacon.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de grupo. Teoria e prática* (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford.

