Competência social de psicóticos: um estudo de validação social

Marina Bandeira, PhD[1], Louise Tremblay, PhD[2]

Resumo

Esta pesquisa utiliza a estratégia de validação social com o objetivo de estabelecer empiricamente critérios pertinentes para o treinamento da competência social de pacientes psiquiátricos, dentro do contexto de desinstitucionalização. Para isso, avaliou-se o grau de competência social de 35 psicóticos desinstitucionalizados, comparativamente a 35 indivíduos de um grupo de referência não clínico. O grau de competência social foi avaliado através da observação e cotação do comportamento dos sujeitos, no desempenho de papéis em quatro situações cotidianas de interação social, usando-se para isto a Escala de Avaliação de Habilidades Sociais (EAHS). Os resultados mostram que ambos os grupos apresentam baixo grau de competência social em cada situação, tendo o grupo clínico um escore significantemente menor. Os resultados são discutidos em termos da necessidade de se utilizar o treinamento da competência social na reabilitação de pacientes psiquiátricos, a fim de facilitar sua reinserção social e destaca, em particular, a necessidade de se adaptar os objetivos deste treinamento aos padrões de competência social do seu grupo de referência.

Unitermos: competência social; estratégia de validação social; pacientes psiquiátricos; reabilitação; desinstitucionalização.

[1]Fundação de Ensino Superior de São João Del Rei
[2]Université de Montréal

© 1998 - ACN- Editora Científica Nacional Ltda.

Dentre as intervenções terapêuticas desenvolvidas para facilitar o processo de reinserção social dos doentes mentais desinstitucionalizados, destaca-se o treinamento das habilidades sociais e instrumentais dos pacientes (Goulet et al.,1992; Mueser et al., 1995; Liberman et al. 1993; Wallace et al., 1992). O treinamento das habilidades sociais tem recebido uma atenção especial, tendo em vista seus efeitos positivos sobre o nível de funcionamento social dos pacientes e sobre o processo de sua reinserção social, diminuindo as taxas de rehospitalizações dos pacientes (Bellack et al. 1984; Liberman, 1986; Donahoe e Drieseng, 1988; Hogarty et al., 1991). De fato, a necessidade deste treinamento advém do déficit de funcionamento social característico dos pacientes psiquiátricos em geral e dos esquizofrênicos, em particular. Como o funcionamento social constitui um fator essencial para o diagnóstico e para a avaliação do impacto de qualquer programa de reabilitação, o treinamento da competência social se tornou um ingrediente importante nestes programas (Bellack et al., 1990; Mueser et al., 1990).

As características do treinamento da competência social, os componentes básicos das habilidades sociais, assim como a avaliação da competência social e a metodologia da validação social estão descritas em detalhe em outro artigo (ver Bandeira, 1996).

A avaliação das habilidades sociais tem sido feita mais freqüentemente através de desempenho de papéis, que constitui uma medida de razoável validade preditiva (Hezel e Rice, 1985; Bellack et al., 1990) e de validade discriminativa (Bellack et al., 1990; Bellack et al., 1989; Mueser et al., 1990). Esta medida apresenta forte correlação com questionários que avaliam o funcionamento social na comunidade (Bellack, 1990). O desempenho de papéis é também uma medida estável no tempo, apresentando uma boa fidedignidade teste-reteste, em um intervalo de 6 meses, para cada grupo particular de diagnóstico já testado (Bellack et al., 1990). Trata-se da melhor medida comportamental disponível (Bellack e Hersen, 1988), principalmente quando se trata de uma clientela com dificuldade para utilizar questionários ou testes escritos. Na avaliação por de-

sempenho de papéis, os sujeitos atuam em situações específicas de interação social e são avaliados por juízes que observam seus comportamentos e atribuem cotas referentes ao seu grau de competência social. Os tipos de situações, número de interlocutores, formato dos cenários e unidades de medida variam de um estudo para outro (ver Bandeira, 1996).

Um dos problemas do treinamento da competência social é a escolha do critério a ser adotado para se determinar o comportamento-alvo a ser ensinado. Em outras palavras, em que critério nos baseamos para determinar o grau de competência social a ser atingido, ou para identificar quais são os comportamentos-alvo que precisam ser treinados? A estratégia de validação social, proposta por Kazdin (1977) e Wolf (1978) serve para determinar os níveis normativos das habilidades sociais a serem focalizadas no treinamento e definidas como comportamentos-alvo a serem alcançados. Trata-se de identificar, através da comparação dos pacientes com um grupo de referência da sua própria comunidade, qual é o grau relativo de sua competência social e quais são os aspectos mais discrepantes de seu comportamento nas interações sociais, além de se determinar o nível normativo da habilidade social junto ao grupo de referência.

Esta estratégia serve para determinar o grau de competência social a ser atingido no treinamento, além de nos permitir identificar quais são as habilidades verbais e não-verbais específicas que necessitam ser ensinadas, com base nos níveis normativos dos pares e não com base na decisão arbitrária do educador ou terapeuta. Obtêm-se assim objetivos e critérios para o comportamento-alvo que são mais realistas e pertinentes para os pacientes submetidos ao treinamento. Além disso, não somente a topografia e o grau de competência social, mas também as características de seqüência e duração dos comportamentos visados no treinamento poderiam ser determinados também pelos níveis normativos do grupo de referência (Fawcett, 1991).

O nível normativo identificado no grupo de referência serve de critério não só para se escolher e definir operacionalmente o comportamento-alvo do tratamento, mas também para se avaliar, após o treinamento, se as mudanças de comportamento obtidas pelo cliente atingem os níveis de seu grupo de referência (Fawcett, 1991). Trata-se, portanto, de um aspecto importante a ser pesquisado nesta área. O grupo de referência da comunidade deve ser composto por pessoas de mesma faixa etária, sexo, e nível socio-econômico dos pacientes, a fim de que os comportamentos-alvos a serem escolhidos sejam pertinentes na subcultura dos pacientes (Kazdin, 1977). A estratégia de validação social permite assim estabelecer critérios normativos para o treinamento da competência social, em função da comunidade onde os pacientes habitam e exercitam quotidianamente suas habilidades sociais, levando em consideração as exigências e estilo do ambiente em que vivem, o que se denomina validade ecológica do tratamento (Torgrud e Holborn, 1992).

Uma outra questão do treinamento da competência social consiste na escolha dos tipos de situação social que sejam mais pertinentes para serem focalizadas durante o treinamento. Geralmente se utiliza, entre outras, as situações sociais de asserção positiva, asserção negativa e a situação de iniciar uma conversação. Menos freqüentemente se faz uma pesquisa de levantamento para se determinar empiricamente quais são aquelas situações sociais que constituem, de fato, as principais dificuldades dos pacientes em sua vida cotidiana na comunidade, o que resultaria em medidas que possuem validade ecológica (Torgrud e Holborn, 1992).

A competência social constitui uma habilidade que varia em função de cada tipo de situação. Ou seja, um mesmo indivíduo pode apresentar maior grau de competência social em uma situação e menor grau em outra situação, por exemplo em situações de asserção positiva ou negativa, com interlocutor familiar ou não (Eisler et al, 1975). Esta especificidade situacional requer que o clínico faça o treinamento dos pacientes em cada classe de habilidades sociais, em particular. Embora já se tenha constatado esta especificidade situacional, os resultados globais têm sido privilegiados nos relatos de pesquisa. A análise por situação específica forneceria dados mais precisos e de maior poder de informação para o clínico.

Com relação ao grau de dificuldade das situações sociais, não se estabeleceu ainda claramente quais são as situações mais difíceis ou as mais fáceis a serem treinadas, no caso dos pacientes psiquiátricos. Segundo Bellack et al. (1990), o estabelecimento de uma hierarquia de situações por ordem de dificuldade poderia facilitar a aprendizagem dos pacientes nos programas de reabilitação, constituindo assim uma questão importante a ser focalizada pelas pesquisas nesta área.

A estratégia de validação social tem sido considerada como a metodologia mais adequada a ser utilizada no contexto da pesquisa aplicada, mas o aspecto desta metodologia que tem sido mais enfatizado é o da satisfação do cliente ou consumidor e menos freqüentemente os efeitos da intervenção ou a pertinência dos objetivos globais da intervenção (Kazdin, 1977). Este dois últimos aspectos se tornam particularmente pertinentes quando os participantes são doentes mentais graves, uma vez que, neste caso, a opinião da comunidade pode influenciar muito sua reintegração social, especialmente quando o alvo da intervenção são comportamentos referentes à competência social, pois esta implica diretamente o julgamento das pessoas (Tremblay e Brillon, 1993).

Apesar da pertinência da estratégia de validação social, Tremblay (1992), Beaulieu (1996) e Tremblay et Brillon (1993) observam, em suas extensas revisões de literatura, que muito poucos pesquisadores têm utilizado esta estratégia para o estudo da competência social de pacientes psiquiátricos, estes autores tendo identificado apenas 13 pesquisas. Os dados são, portanto, escassos, além de terem algumas limitações. Por exemplo, a maioria dos estudos utiliza grupos de referência com número restrito de sujeitos (igual ou inferior a 20) e grupos que não são representativos do meio em que vivem os pacientes psiquiátricos. Apenas dois destes estudos selecionam o grupo de referência no mesmo local geográfico em que vivem os pacientes.

Uma outra limitação é que as medidas utilizadas nestes estudos envolvem ou cotas globais de competência social ou cotas moleculares que indicam os comportamentos específicos deficitários. A utilização de ambas as unidades de medida, global e molecular, no mesmo estudo, seria uma alternativa mais pertinente, uma vez que estas duas unidades são complementa-

res. De fato, a cota global possibilita um julgamento integrado dos diferentes componentes da competência social, enquanto que as medidas moleculares permitem identificar objetivos clínicos bem precisos. Uma outra limitação dos estudos apontados por Tremblay (1992) é que quando as medidas moleculares são utilizadas, elas freqüentemente se restringem ao comportamento-não verbal, sem se estender aos comportamentos verbais. Com relação ao desempenho de papéis, o interlocutor utiliza freqüentemente uma única réplica após a fala do sujeito, o que poderia criar um clima artificial, uma vez que nas situações naturais de interação social o que ocorre mais freqüentemente é o uso de réplicas múltiplas.

Os resultados das pesquisas realizadas até o momento nos permitem constatar que os pacientes esquizofrênicos apresentam menor grau de competência social que os pacientes com desordens afetivas, enquanto que estes últimos, por sua vez, apresentam menor grau de competência social do que os indivíduos de um grupo de referência não- clínico. Estas diferenças entre os grupos ocorrem tanto em situações de assertividade positiva e negativa, quanto em situações de iniciar uma conversação. Além disso, os grupos se diferenciam tanto com relação ao comportamento verbal, quanto aos comportamentos não-verbais (Bellack et al. 1990; Mueser et al., 1990).

Quanto ao aspecto não-verbal, destaca-se o estudo de Beaulieu (1996) que, comparando três categorias de contato visual, observa menor frequência do comportamento específico de piscar os olhos no grupo de esquizofrênicos, o que resulta em maior fixidez do olhar, comparativamente ao grupo não-clínico. O autor sugere aos clínicos que atentem para este aspecto particular nos treinamentos de competência social, uma vez que até agora eles têm apenas instruído os pacientes a "olhar mais" o seu interlocutor. Já os resultados de Mueser et al. (1990) mostram que esquizofrênicos do sexo masculino possuem menor grau de competência social do que do sexo feminino, mas esta diferença não se observa no grupo de referência, nem no grupo de pacientes com distúrbios afetivos. Daí a importância de se utilizar subgrupos de esquizofrênicos de mesmo sexo.

Um aspecto interessante a respeito da estratégia de validação social é que ela é pertinente na pesquisa intercultural sobre a competência social, uma vez que todos os três aspectos da intervenção — objetivos, procedimentos e efeitos — podem ser adaptados ou calibrados em função da comunidade na qual cada grupo de sujeitos está inserido. Isto permite uma base mais adequada de comparação entre os resultados das pesquisas realizadas em diferentes contextos culturais.

Tendo em vista a importância da competência social na reinserção social dos pacientes psiquiátricos, o objetivo do presente trabalho consiste em avaliar as dificuldades de interação social de pacientes psiquiátricos, no contexto brasileiro, através da estratégia de validação social, utilizando para isto de uma escala socialmente validada e de um procedimento que procura preencher os requisitos metodológicos destacados acima. Esta pesquisa servirá, portanto, para replicar os estudos de validação social realizados nesta área. A estratégia de validação social servirá para identificar os níveis normativos do grupo de referência dos pacientes, no contexto brasileiro, que poderão servir de critérios objetivos em programas de reabilitação psiquiátrica. Serão relatados neste artigo os resultados referentes a cotas globais de competência social, enquanto que as medidas mais moleculares serão apresentadas em outro artigo, uma vez que a extensão dos dados torna inviável sua apresentação em um único artigo.

Método

Participantes

Participaram desta pesquisa 70 indivíduos do sexo masculino, de nível sócio-econômico baixo, divididos em dois grupos: um grupo de 35 pessoas diagnosticadas como psicóticos e 35 pessoas de um grupo de referência, não-clínico, composto de indivíduos **sem** história psiquiátrica Os dois grupos apresentam idades equivalentes, com uma faixa etária entre 18 e 55 anos de idade e habitam em uma mesma região geográfica. Os participantes foram recrutados pessoalmente pela equipe de pesquisa, em seus domicílios. Nesta ocasião, cada família recebeu explicações sobre os objetivos da pesquisa. Os participantes foram pagos à quantia de 4,00 reais para participar desta pesquisa. O transporte dos participantes de sua casa até o local da pesquisa e vice-versa ficava a cargo da equipe de pesquisa, utilizando-se um veículo da instituição onde foi realizada a pesquisa.

Grupo Clínico. Este grupo é composto de 35 pacientes psiquiátricos que moram em suas comunidades. Estes pacientes foram recrutados através dos arquivos do hospital psiquiátrico público FHEMIG, em Barbacena e do Hospital Paulo Menicucci, de Lavras. Porém, ambos os grupos habitam na cidade de São João del Rei. Os pacientes foram diagnosticados pelos psiquiatras dos hospitais como CID 295 e CID 298, dos quais 20 pacientes possuem diagnóstico principal CID 295 e 15 pacientes possuem o diagnóstico CID 298. A idade média do grupo é de 39,40 anos (S.D.=3,30). A grande maioria (86%) dos pacientes estava medicada com drogas antipsicóticas. O número médio de medicamentos psiquiátricos utilizados é 2,10 por paciente (S.D.=1,24). O número médio de internações psiquiátricas sofridas pelos pacientes nos últimos quatro anos é 2,29 internações por paciente (S.D.=1,24). Foram excluídos os pacientes que apresentavam retardo mental, distúrbios orgânicos ou dificuldade de entender as instruções apresentadas durante as sessões experimentais.

Grupo referencia. O grupo de referência não-clínico era composto de 35 indivíduos que moram na mesma região geográfica dos pacientes e que foram convidados a participar da pesquisa. Este procedimento de recrutamento foi adotado para se garantir que os indivíduos deste grupo pertencessem a um contexto cultural e sócio-econômico semelhante ao do grupo de pacientes. Outros critérios de inclusão eram ser do sexo masculino, dentro da faixa etária de 18 a 55 anos e não possuir nenhuma história psiquiátrica. O grupo de referência apresenta uma idade média de 37,37 anos (S.D.=11,19).

Instrumento de medida

A competência social dos sujeitos foi avaliada através do desempenho de papéis de cada participante em quatro situações sociais que representam interações sociais cotidianas entre membros de uma família. Duas situações representam interações iniciadas pelo próprio

sujeito, enquanto que as outras duas se referem a situações em que o interlocutor inicia a interação e o sujeito deve reagir à sua fala. No primeiro tipo de situação, o sujeito deve expressar um sentimento negativo de insatisfação com o comportamento do seu interlocutor, enquanto que o segundo tipo de situação requer que o sujeito reaja a uma crítica feita pelo interlocutor, com relação ao seu comportamento. Para cada tipo de situação descrita acima, o gênero do interlocutor era alternado: em uma situação o interlocutor era do sexo feminino, enquanto que a outra envolvia um interlocutor do sexo masculino.

Os interlocutores eram membros da equipe treinados previamente para interagir com os participantes, utilizando-se para isto de réplicas múltiplas preestabelecidas, que eram usadas em função da fala do sujeito. Portanto, o conteúdo das interações e as intervenções verbais dos interlocutores eram padronizadas, porém adaptadas ao tipo de resposta dada pelo paciente. Esta padronização evita a influência indesejável de vieses ou fatores decorrentes do comportamento dos interlocutores (Beaulieu, 1996). Os manuais de treinamento dos interlocutores eram suficientemente detalhados para descrever os tipos de réplicas a serem usadas em função do tipo de resposta dada pelo sujeito. Os interlocutores foram treinados previamente no desempenho de papéis com réplicas múltiplas, até que seu comportamento se tornou adequado e padronizado, demonstrando domínio no uso das réplicas. As réplicas múltiplas dos interlocutores, sendo adaptadas à fala dos sujeitos, permitem maior flexibilidade e naturalidade nas interações sociais estudadas.

Os cenários necessários ao desempenho de papéis nestas quatro situações foram montados para representar interações sociais que se passam em uma casa de família, duas das situações se desenrolando em torno da mesa do café da manhã e as outras duas em uma sala de televisão.

As quatro situações utilizadas nesta pesquisa foram adaptadas da escala de Avaliação Ecológica de Habilidades Sociais (Evaluation Ecologique des Habilités Sociales - EEHS, Tremblay e Bandeira, 1989). A escala original consiste de uma série de dez situações sociais cotidianas, selecionadas através de uma pesquisa de levantamento realizada junto a 15 profissionais responsáveis por cinco residências comunitárias canadenses para pacientes psiquiátricos. Estas situações representam as dificuldades de relacionamento social mais freqüentemente apresentadas pelos pacientes, no seu dia-a-dia na comunidade. A escala original foi, portanto, empiricamente construída, sendo assim mais realista e possuindo maior validade ecológica (Torgrud e Holborn, 1992). As situações se referem a atividades cotidianas tais como: negociar, expressar uma necessidade afetiva, receber uma crítica justificada, expressar uma insatisfação, expressar uma necessidade material, receber uma crítica injustificada, recusar uma solicitação. A escala EEHS inclui não só a especificação das situações sociais a serem usadas no desempenho de papéis, mas também as instruções específicas dadas aos sujeitos em cada situação, além do manual contendo as descrições detalhadas das réplicas múltiplas para treinamento dos interlocutores. Inclui ainda os manuais referentes aos procedimentos específicos a serem utilizados para a cotação do comportamento dos sujeitos pelos juízes.

Dentre as dez situações da escala original, foram selecionadas as quatro situações que apresentaram maior capacidade de discriminação entre os grupos de sujeitos estudados na amostra canadense, demonstrando assim possuir maior validade discriminativa As quatro habilidades escolhidas foram então adaptadas para a realidade brasileira, contendo situações cotidianas de interação social que ocorrem habitualmente em uma casa de família. As situações escolhidas se passam em família, uma vez que nossos sujeitos habitam com suas famílias e não em residências comunitárias. Apesar desta adaptação, a essência de cada situação se manteve a mesma da escala original, visando posterior comparação do comportamento da amostra canadense com o da amostra brasileira. As quatro situações utilizadas na presente pesquisa foram: 1. Receber uma crítica justificada, 2. Expressar uma insatisfação, 3. Negociar e 4. Expressar uma necessidade afetiva

Procedimento

Cada sujeito participa inicialmente de uma situação-teste para se familiarizar com o desempenho de papéis, com o cenário e com as pessoas que constituem seus interlocutores. Seu desempenho nesta primeira situação não faz parte dos resultados e portanto não é analisado posteriormente. Após esta situação de familiarização, cada sujeito participa das quatro situações sociais citadas cima. Os sujeitos são filmados desempenhando em cada uma destas quatro situações, para que seu comportamento seja observado posteriormente por dois juízes treinados previamente para observar e cotar o grau de competência social dos sujeitos, a partir de uma escala tipo Likert de 6 pontos. Esta avaliação nos fornece as cotas globais de competência social dos sujeitos e nos permitirá comparar os dados obtidos aqui com os resultados de cota global encontrados na literatura desta área. Nesta escala, comportamentos altamente competentes do sujeito recebem os valores de 5 e 6. Comportamentos mediamente competentes recebem os valores 3 e 4. Comportamentos incompetentes recebem os valores 1 e 2. Estes juízes possuem um manual de cotação, no qual se encontram descritas as definições de cada grau de competência social, em termos dos elementos a serem considerados na cotação. Os juízes baseiam sua cotação na avaliação das várias dimensões da competência social, ou seja, nos comportamentos verbais, não-verbais e aspectos paralingüísticos da fala dos sujeitos, alem da expressão de afeto congruente com a situação.

Para realizar esta cotação, cada juiz observa uma mesma situação três vezes, focalizando separadamente as dimensões verbais, não-verbais, expressividade congruente e aspectos paralingüísticos, anotando para cada uma destas dimensões os aspectos presentes no desempenho dos sujeitos. Somente após estas observações, o juiz procede na cotação global do desempenho do sujeito naquela situação. Uma grade de observação foi desenvolvida para facilitar os registros de cada dimensão da competência social. Durante o processo de cotação, os juízes preenchem esta grade de observação e os dados registrados servem de base para a atribuição das cotas. Este registro permite uma padronização do processo de observação e de atribuição de cotas, de modo que os juízes possam explicitar os elementos que os conduziram à atribuição de cada uma das cotas. O manual é suficientemente detalhado para orientar o julgamento dos juízes e estes foram previamente trei-

nados até atingirem um grau de 85% de acordo em suas cotações, antes de iniciarem a cotação dos dados propriamente ditos. Os juízes trabalham independentemente um do outro, na observação dos comportamentos filmados.

Dois outros juízes independentes foram também treinados para realizar uma observação não mais da cota global ou grau de competência social, mas sim de comportamentos específicos. Ou seja, eles deviam detectar a presença de vários comportamentos previamente especificados em cada dimensão da competência social, verbal, não-verbal paralingüística. Entretanto, estes últimos dados mais moleculares serão relatados em um artigo à parte, devido à extensão dos resultados, que inviabiliza sua apresentação em um só artigo.

A porcentagem de acordo entre os juízes no conjunto das situações foi de 87,90 %. A porcentagem de sujeitos que receberam acordo total dos juízes em todas as quatro situações foi de 72,86%. Os juízes ou observadores observavam os vídeos com o desempenho dos sujeitos, sem saberem a qual grupo eles pertenciam. As gravações dos sujeitos foram realizadas sem uma ordem fixa de alternação entre um grupo e outro, o conjunto das gravações seguindo assim uma ordem aleatória. Os dados referentes ao grau de competência social foram analisados por MANOVA, através do pacote estatístico BMPD 4v. Os resultados referentes às variáveis sócio-demográficas foram analisadas por ANOVA, quando se tratava de dados em escala contínua e pelo Qui-quadrado de Pearson, quando se tratava de dados em categorias.

Resultados

Os resultados (Tabelas 1 a 5) mostram que os dois grupos de participantes são equivalentes com relação às variáveis sócio-demográficas: idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, renda per capita, tipo de residência e número de repetições escolares, uma vez que não obtivemos diferenças significativas entre os grupos para estas variáveis. A equivalência dos dois grupos permite o controle das variáveis individuais e garante, portanto, maior validade interna da pesquisa. Quanto ao grau de ocupação, os resultados confirmam os dados de Mueser et al. (1990) de que a maioria dos participantes do grupo clínico (GC) *é* desempregada e sem ocupação, enquanto que o grupo não-clínico (GNC) se caracteriza por ter a maioria de seus participantes empregada (χ^2 =10,04, df=3, p < 0,05).

Tabela 1 – Média e D.P. dos grupos clínico e não clínico com relação às variáveis sócio-demográficas

Variáveis	Grupo C	Grupo NC	Média total
Idade	39,40 (10,16)	37,37 (11,19)	38,39 (10,66)
Renda per capita (salário mínimo)	0,76 (0,67)	0,87 (1,01)	0,81 (0,85)
Renda familiar (salário mínimo)	2,93 (2,63)	2,98 (2,50)	2,95 (2,54)
Anos de escolaridade	4,29 (2,28)	4,70 (2,96)	4,49 (2,62)

Tabela 2 – Porcentagem de sujeitos em cada categoria de estado civil para os grupos C e NC

Estado civil	Grupo C	Grupo NC	Total %
Solteiro	62,9	42,9	52,9
Casado	31,4	54,3	42,9
Mora junto	2,9	2,9	2,9
Divorciado	2,9	0	1,4

Tabela 3 – Porcentagem de sujeitos em cada categoria de ocupação para os grupos C e NC

Tipos de ocupação	Grupo C	Grupo NC	Total %
Aposentado	45,7	20,0	32,9
Desempregado	28,6	17,1	22,9
Serviços gerais	20,0	45,7	32,9
Autônomo	5,7	17,1	11,4

*Pearson Chi-S.=10.04; df.=3;p<0.05

Tabela 4 – Porcentagem de participantes em cada categoria de habitação

Tipos de habitação	Grupo C	Grupo NC	Total %
Casa própria	71.0	86.7	78.7
Casa alugada	6.5	10.0	8.2
Casa emprestada	22.6	3.3	13.1

Tabela 5 – Porcentagem de participantes em cada categoria de repetições na escola

Número de repetições na escola	Grupo C	Grupo NC	Total %
Nenhuma repetição	53,6	48,31	50,9
Uma repetição	32,1	31,0	31,6
Duas repetições	7,1	17,2	12,4
Três repetições	3,6	3,4	3,5
Quatro repetições	3,6	0	1,8

A Tabela 6 mostra os resultados globais referentes ao grau médio de competência social dos dois grupos, no conjunto das quatro situações sociais e também em cada uma delas separadamente. Podemos observar que os participantes do grupo de referência apresentam maior grau de competência social que os participantes do grupo clínico. A análise dos dados por Manova de medidas repetidas indica que esta diferença é estatisticamente significativa, pois ocorre um efeito significativo de grupo (F=27,41, dl=1,68, p=000), com alto valor de potência (Cohen=0,626).

Para se verificar a diferença entre os dois grupos separadamente para cada situação social, foi feita uma análise de efeito simples por situação. Os resultados mostram que para cada situação particular, há uma diferença significativa entre os dois grupos: para a situação 1 (F=5,23, dl=1,68,p=0,025), para a situação 2 (F=39,58, dl=1,68, p=0,000), situação 3 (F=5,23, dl=1,68, p=0,025) e situação 4 (F=53,81, dl=2, p<0,005). Portanto,

a diferença entre os grupos clínico e não-clínico não se refere somente a um simples efeito de uma média global, mas ela se repete sistematicamente para cada situação particular. Esta diferença entre os dois grupos é mais acentuada nas situações em que os participantes iniciam a interação social para expressar sua insatisfação.

Tabela 6 – Escores de competência social dos grupos clínico e não clínico nas quatro situações

Situações Grupos	Situação 1	Situação 2	Situação 3	Situação 4	Média
Grupo C	1,74 (0,61)	1,86 (0,73)	1,77 (0,84)	1,91 (0,78)	1,82 (0,74)
Grupo NC	2,14 (0,69)*	3,03 (0,02)**	2,20*** (0,71)	2,83**** (0,85)	2,55***** (0,85)

sociais

*F=5,23, df+1,68, p=0,025
**F=39,58, df=1,68, p=0,00
***F=5,23, df=1,68, p=0,025
****F=53,81, df=2, p<0,005
*****F=27,41, df=1,68, p=0,00

Os dois grupos são também significativamente diferentes quando combinamos os dados das duas situações que requerem iniciar uma interação (F=53,81, dl=2, p<0,005) ou ainda quando combinamos os dados das duas situações que requerem reagir ao interlocutor (F=51,52, dl=2, p<0,005).

Os resultados mostram também que, para um mesmo grupo de participantes, as situações sociais utilizadas diferem uma da outra, ou seja, os mesmos participantes se comportam diferentemente em função do tipo de situação, uma vez que a análise por Manova mostra um efeito significativo de situações (F=14,50, dl=3,20, p=00). Os dados mostram ainda que há um efeito significativo de interação entre grupo e situação (F=7,78, d1=3,20,p=0,001), indicando que a diferença existente entre as situações depende do tipo de grupo.

Para se verificar qual grupo se comporta diferentemente de uma situação para a outra foi feita uma análise adicional de Efeito Simples separadamente para cada grupo. A análise de Efeitos Simples mostra que somente o grupo de referência se comporta diferentemente de uma situação para a outra, uma vez que obtivemos uma diferença significativa entre seus escores de competência social nas quatro situações (F=21.61, dl=3.20, p=0.00), com um nível de potência alto (Cohen= 0,99). Por outro lado, os resultados do grupo clínico mostram, ao contrário, que os participantes deste grupo não se comportam de maneira diferente de uma situação à outra, pois não encontramos uma diferença significativa entre seus escores de competência social nas quatro situações. Podemos observar nos resultados deste último grupo apenas uma tendência não significativa de apresentar maior competência social nas situações que requerem iniciar uma interação social.

Entretanto, a análise de Efeitos Simples só nos indica de maneira geral que os participantes do grupo de referência se comportam diferentemente em função das situações. Esta análise não nos permite saber especificamente se esta diferença se mantém quando comparamos cada dois pares de situações. Para ter esta informação é preciso realizar uma análise estatística (Tukey, 1977), onde os escores dos sujeitos nas quatro situações são comparados dois a dois.

Os resultados da estatística Tukey mostram que as duas situações onde os participantes do grupo de referência iniciam a interação social são semelhantes, uma vez que a diferença das médias (0,20) é menor do que o critério (Tukey, 0,34). A análise mostrou também que as duas situações onde os participantes do grupo de referência reagem à fala dos seus interlocutores são igualmente semelhantes, uma vez que a diferença entre as médias (0,06) é menor do que o critério Tukey. Podemos, então, afirmar que temos aqui duas classes diferentes de situações de interação social: uma que implica em iniciar uma interação social para expressar uma insatisfação sobre o comportamento do interlocutor e uma outra classe de situações que requer reagir a uma crítica do interlocutor. Todas as outras diferenças entre as médias de duas situações são mais altas do que o critério Tukey: entre as situações 1 e 4 (0,69), entre as situações 1 e 2 (0,89), entre as situações 2 e 3 (0,83) e entre as situações 3 e 4 (0.63). Este resultado indica que os participantes do grupo de referência realmente se comportam de maneira diferente de um tipo de situação para outro.

O grau de dificuldade dos dois tipos de situação utilizados pode ser avaliado ao se combinar os dados de cada tipo de situação. Os resultados de tal combinação mostram que os participantes do grupo de referência apresentam maior grau de competência social nas situações onde eles expressam uma insatisfação do que nas situações em que eles reagem às críticas do outro (F=53,81, dl=2, p<0,05), indicando assim que o primeiro tipo de situação é mais fácil para eles. O grupo clínico mostra uma tendência semelhante, porém não estatisticamente significativa.

Com relação ao gênero do interlocutor, os resultados mostram que os participantes de ambos os grupos se comportam de forma semelhante nas situações em que o interlocutor é do sexo feminino ou do sexo masculino, uma vez que seus escores de competência social não são significativamente diferentes quando o gênero do interlocutor varia. Dados referentes aos componentes específicos da competência social serão apresentados em outro artigo, devido à extensão dos mesmos.

Conclusão

A primeira conclusão que podemos retirar dos resultados obtidos é que o grau de competência social do grupo clínico é, de fato, significativamente inferior ao grau de competência social do seu grupo de referência na comunidade, sendo este grupo da mesma região geográfica em que vivem os pacientes, de mesmo nível sócio-econômico, mesmo sexo, mesmo estado civil, mesmo grau de escolaridade e de repetições escolares, mesma faixa etária dos pacientes, porém sem uma história psiquiátrica. Estes resultados confirmam as observações de outros autores, sobre o déficit da competência social de pacientes psiquiátricos, em um contexto cultural bastante diverso do presente estudo (Morrison e Bellack,1987; Bellack et al., 1990; Mueser et al., 1990; Mueser et al., 1991).

Os resultados obtidos atestam, além disso, a validade discriminativa do instrumento de medida utilizado para avaliar o grau de competência social, que é a escala de Avaliação Ecológica das Habilidades Sociais (Tremblay e Bandeira, 1989). Os resultados obtidos no presente trabalho confirmam os resultados encontrados com a utilização da escala original, na amostra canadense (Tremblay, 1992). Apesar das diferenças referentes aos dois contextos culturais, a versão adaptada da escala

original apresentou a mesma capacidade de discriminação entre um grupo de pacientes psiquiátricos e um grupo de referência não-clínico. Estes dois resultados confirmam dados obtidos por Mueser et al. (1995), Bellack et al. (1990) e Mueser et al.(1991), referentes à validade discriminativa do desempenho de papéis para diferenciar grupos clínicos de grupos não-clínicos, assim como diferentes categorias de grupos clínicos, com diagnósticos diferentes (Mueser et al., 1995).

O déficit de competência social observado no grupo de pacientes psiquiátricos não se limita a um resultado médio global. Este déficit se repete sistematicamente em cada uma das quatro situações sociais examinadas, seja ela uma situação na qual os sujeitos devem iniciar uma interação para expressar uma insatisfação com o comportamento do interlocutor, ou para expressar uma necessidade afetiva, seja ela uma situação em que eles devem negociar ou reagir a uma crítica do interlocutor.

Em cada tipo de situação, os pacientes psiquiátricos apresentam uma acentuada dificuldade de interação social, indicada pelos valores extremamente baixos dos seus escores na escala tipo Likert de 6 pontos. De fato, os escores obtidos por eles estão abaixo de 2,0, o que significa que suas interações sociais se situam dentro da faixa classificada como incompetente (valores 1 e 2 da escala). Escores de competência social tendem a ser mais baixos em pacientes psiquiátricos do sexo masculino do que do sexo feminino (Mueser et al.,1990). Como a amostra aqui estudada é composta exclusivamente de pacientes do sexo masculino, este fator pode ter contribuído para os dados obtidos.

O déficit da competência social do grupo clínico se manifesta não só pelo seu menor grau de competência social, mas também pelo seu menor grau de variabilidade comportamental de uma situação social para a outra, contrariamente ao grupo de referência.

Estes resultados confirmam os dados obtidos por Tremblay (1992). Trower (1980) observa igualmente uma menor variabilidade de uma situação social para a outra, em um grupo socialmente incompetente contrariamente a um grupo socialmente competente. Segundo Trower (1980), a dificuldade destes pacientes em se automonitorar e em monitorar e processar os estímulos sociais apresentados pelo interlocutor resulta em uma falha em processar as diferenças entre os estímulos de uma situação para a outra e em selecionar os comportamentos específicos adequados a cada situação particular. Estas dificuldades resultariam assim em uma maior consistência no comportamento dos pacientes de uma situação para a outra, ou seja, uma menor variabilidade.

Estes resultados sugerem que uma intervenção terapêutica dirigida para o treinamento da competência social dos doentes mentais, no contexto brasileiro, e de extrema importância para prepará-los para a vida em sua comunidade. Este treinamento deve, portanto, fazer parte integrante dos programas de reabilitação para a reinserção social dos pacientes psiquiátricos, no contexto brasileiro, tal como ocorre em outros contextos culturais (Lieberman, 1986; Hogarty et al., 1991).

Uma segunda conclusão se refere à ordem de dificuldade dos dois tipos de situação social examinados. Os resultados indicam que as situações mais fáceis são aquelas que implicam em iniciar uma interação social para expressar uma insatisfação com o comportamento do interlocutor. São mais difíceis as situações em que o interlocutor é que inicia a interação para expressar uma crítica ao sujeito, cabendo a este último reagir a esta crítica. Deste modo, um programa de treinamento da competência social deveria utilizar primeiro as situações indicadas acima como as mais fáceis, a fim de facilitar a aprendizagem dos comportamentos requeridos.

Outros tipos de situação social, tais como iniciar uma conversação ou pedir informações, que compõem freqüentemente os programas de treinamento da competência social, necessitam igualmente ser avaliados, a fim de se determinar empiricamente seu grau de dificuldade relativa Avaliações deste tipo poderiam oferecer uma base empírica válida para se graduar, pela ordem de dificuldade, as diferentes situações sociais que compõem os programas de treinamento da competência social dos pacientes psiquiátricos, facilitando assim a aprendizagem dos participantes e agilizando o programa de reabilitação (Bellack et al., 1990). O presente trabalho fornece, portanto, dados pertinentes para uma tal classificação. Estudos subseqüentes servirão para classificar outros tipos de situação, em termos de sua relativa dificuldade.

A terceira conclusão que se pode retirar dos resultados obtidos é que não há diferença no grau de competência social dos pacientes diante de um interlocutor masculino ou feminino, o mesmo acontecendo com o grupo de referência. Contrariamente a este resultado, Eisler et a1. (1975) observaram diferenças nas interações com interlocutor masculino ou feminino, mas sua avaliação de competência social foi feita através de medidas diferentes das empregadas aqui, tais como o grau de assertividade positiva e negativa e medidas específicas do comportamento não-verbal, tais como número de sorrisos e duração da fala. Pesquisas subseqüentes, usando este tipo de medida, poderão esclarecer esta divergência. Portanto, nossa conclusão se refere exclusivamente a medidas referentes ao grau de competência social.

Finalmente, um ponto importante evidenciado pelos resultados obtidos é que os critérios de julgamento utilizados para definir o grau máximo de competência social são exigentes demais, pois os participantes do grupo de referência também apresentam um grau muito baixo de competência social, segundo estes critérios. Os escores deste grupo se situam, em geral, ligeiramente acima da faixa de incompetência, pois são valores pouco acima de 2,0. Apenas na segunda situação eles apresentam um escore de 3,03, ou seja, dentro da faixa de competência social média. Os critérios de julgamento dos observadores se baseiam em todas as dimensões da competência social, ou seja, as dimensões de comportamento verbal e de comportamento não-verbal, a dimensão paralingüística e a dimensão de expressão de afeto. Dentre cada uma destas dimensões, o indivíduo deve apresentar comportamentos específicos para serem considerados competentes, além de precisar atingir o objetivo da situação.

Estes resultados confirmam os dados obtidos no estudo de Tremblay (1992), no qual o grupo não-clínico também apresenta um baixo grau de competência social. Este baixo resultado apresentado pelo grupo de referência poderia se explicar provavelmente pelo fato de se tratar de um grupo de nível sócio-econômico baixo, uma vez que foi tomado o cuidado de se selecionar para o grupo de referência, indivíduos representativos do meio em que vivem os pacientes, a fim de que o

grau de competência social fosse calibrado em função de critérios pertinentes à subcultura dos pacientes.

Os resultados do presente trabalho mostram que os critérios de julgamento que definem um grau máximo de competência social não estão condizentes com o contexto cultural em que os pacientes psiquiátricos se inserem. Daí a importância de se utilizar o grupo de referência de sua própria comunidade para determinar objetivos e critérios mais realistas para o treinamento da competência social destes pacientes, levando em consideração o contexto sócio-econômico e cultural onde se inserem. O nível de competência social do grupo de referência permite definir um limiar mínimo de competência social, que possibilite aos pacientes serem funcionais em seu ambiente e preencher suas necessidades essenciais. O presente trabalho, portanto, coloca em evidência a importância da estratégia de validação social (Kazdin,1977 e Wolf,1978) ao estudo da competência social de pacientes psiquiátricos.

Summary

Social skills of psychotics: a social validation strategy study

This research applies the social validation strategy in order to establish empirically adequate criteria for the social skills training of psychiatric patients, in the context of desinstitutionalization. A group of 35 male psychotics was compared to a non-clinical equivalent group of 35 males, in terms of their degre of social skills in four social situations. Their social skills were evaluated by two independent trained judges who observed their behaviors in role play situations, using the Evaluation Scale of Social Skills. Results show that both groups present very low degree of social skills in each particular situation, the clinical group presenting significantly lower degre. Discussion points to the need of using social skills training in the rehabilitation of psychiatric patients and emphasizes the need of adapting the training goals to the social skills standards of their reference group.

Uniterms: social validation strategy; psychiatric patients; social skills; reabilitation; desinstitutionalization

Referencias

• 1. BANDEIRA M — Competência social de doentes mentais: parâmetros do treinamento. Psicologia: Teoria e Pesquisa(submetido para publicação), 1996. • 2. BEAULIEU S — La composante regard dans l' entrainement aux habilités sociales auprès des personnes souffrant de schizopherénie. Tese de mestrado apresentada no Departamento de Psicologia da Universidade de Montreal. 1996. • 3. BELLACK AS, TURNER SM, HERSEN M e KAZDIN, AS — An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients. **Hosp Community Psychiatry, 35**: 1023-1028. 1986. • 4. BELLACK AS e HERSEN M — Behavioral Assessment. New York: Pergamon. 1988. • 5. BELLACK AS, MORRISON RL, MUESER KT e WADE JH — Social competence in schizoaffective disorder, ipolar disorder, and negative and non-negative schizophrenia. **Schizophrenia Research, 2**: 391-401, 1989. • 6. BELLACK AS, MORRISON RL, MUESER KT, WADE JH e SAYER SL — Role play for assessing the social competence of psychiatric patients. Psychological Assessment. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 2(3): 248-255, 1990. • 7. DONAHUE CP et DRIESENGA SA — A review of social skills training with chronic mental patients. In HERSEN M, EISLER RM e MILLER PM (Eds.) Progress in Behavior Modification. Newbury Park, California pp. 131-164, 1988. • 8. EISLER RM, HERSEN M, MILLER PME, BLANCHARD EB — Situational determinants of assertive behaviors. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43(3)**: 330- 340, 1975. • 9. FAWCETT SB — Social validity: A note on methodology. **Journal of Applied Behiavior Analyses, 24**: 235-239. 1991. • 10. GOULET J, LESAGE A, LALONDE P e CARPENTER N — Schizophrénie: approches psychoéducatives familiales et entrainement aux habilités sociales. **L'Evolution Psychiatrique, 57(4)**: 647 -666, 1992. • 11. HEZEL MF e RICE ME — On the validity of social skills assessments: An analysis of role-play and ward staff ratings of social behavior in a maximum security setting. **Canadian Journal of Behavioural Scienc,17(4)**: 400-411, 1985. • 12. HOGARTY GE, ANDERSON CM, REISS DJ, KORNBLITH SJ, GREENWALD DP, ULRICH RF E CARTER M — Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. **Arch Gen Psichiatry, 48**: 340-347, 1991. • 13. KAZDIN AE — Assessing the clinical or applied importance of behavior change through social validation. Behavior Modification, 1, 427-451, 1977. • 14. LIBERMANN RP — Psychiatric rehabilitation of schizophrenia: Editor's introduction. Schizophrenia Bulletin, 12: 540-541, 1986. • 15. LIBERMAN RP, WALLACE CJ, BLACKWELL CA, ECKMAN TA, VACCARO JV e KUEHNEL TG — Innovations in skills training for the seriously mentally ill: The UCLA Social and Independent Living Skills modules. Innovations and Research, 2: 43-60, 1993. • 16. MORRISON RL e BELLACK AS — Social functioning of schizophrenic patients: clinical and research issues. Schizophrenia Bulletin, 13: 715-725, 1987. • 17. MUESER KT, BELLACK AS, MORRISON RL, WADE JH — Gender, social competence, and symptomatology in schizophrenia: a longitudinal analysis. Journal of Abnormal Psychology,99(2): 138-147, 1990. • 18. MUESER KT, WALLACE CJ, LIBERMAN RP — New developments in social skills training. Behavior Change,12(1): 31-40, 1995. • 19. TORGRUD LJ e HOLBORN SW — Developing externally valid role-play for assessment of social skills: A behavior analytic perspective. **Behavioral Assessment, 14**: 245-277, 1992. • 20. TREMBLAY L — Evaluation de la competence sociale de personnes souffrant de troubles mentaux graves: études de validation sociale. Rapport final de recherche presenté au Conseil Québecois de la Recherche Sociale, (RS-1725-089), 1992. • 21. TREMBLAY L e BRILLON P — La méthodologie de validation sociale: guide pratique d'utilisation dans une étude clinique. Science et Comportement, 23(1): 65-78, 1993. • 22. TREMBLAY L e BANDEIRA M — Evaluation Ecologique des Habilités Sociales. Document inédit. Institut Philippe Pinel de Montréal, 1989. • 23. TUKEY JM — Exploratory Data Analysis. Reading, M.A.: Addison-Wesley, 1977. • 24. WALLACE CJ, LIBERMAN RP, MACKAIN SJ, BLACKWELL G Et al — Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mentally ill. **Am J Psychiatry,179**: 645-658, 1992. •25. WOLF MW — Social validity: The case for subjective measurement or how applied behavior analyses in finding its heart. **Journal of Applied Behavior Analysis, 11**: 203-214, 1978.

ecn