PUC

ELIANE MARY DE OLIVEIRA FALCONE

A EFICÁCIA DO TRATAMENTO DA ANSIEDADE SOCIAL EM GRUPO

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Harald Wolfgang Lettner

Departamento de Psicologia

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro, 30 de dezembro de 1988.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

MARQUÊS DE SÃO VICENTE, 225 – CEP 22453

RIO DE JANEIRO – BRASIL

N.Chamada: 150 / F182e /TESE UC
Título: A eficacia do tratamento da ansiedade so
0 0 3 4 6 9 6
Ex: 1-CENTRAL 2096

ELIANE MARY DE OLIVEIRA FALCONE

A EFICÁCIA DO TRATAMENTO DA ANSIEDADE SOCIAL EM GRUPO

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da P.U.C. - R.J. como parte dos Requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro, 30 de dezembro de 1988

301.1230-6

34695

150
F182e
TESEUC

A Geraldo da Costa Lanna, a quem devo grande parte dos meus conhecimentos em Terapia Comportamental.

Meus agradecimentos

-Ao professor Harald Lettner, pela sua orientação e supervisão desta dissertação.

-Aos estudantes de psicologia: Ana Maria Salada, André Lanna, Eliana Campos dos Santos, João Luiz Serpa Braz, Karen Cannone, Luciene Listgarten, Marcia Vieira, Maria Bernadete Lessa e Sandra Camargo, pela atuação como observadores, aplicando testes e avaliando cada sujeito durante as diversas fases do experimento.

-À psicóloga Mabel Pantoja, pela sua colaboração na leitura de textos redigidos em inglês e na elaboração do resumo em inglês.

-À Manuela Falcone, pela sua dedicação na datilografia deste trabalho.

R E S U M O

Diversos são os problemas clínicos decorrentes da ansiedade social. Alguns autores têm apontado a influência de valores sociais na formação desta desordem, que atinge uma generosa fatia da população. Por outro lado, os estudos dedicados à compreensão de temores sociais são escassos, quando comparados com os de outras dificuldades.

O presente trabalho teve como objetivo mostrar a importância do tratamento em grupo na redução da ansiedade social, através do aumento da frequência de respostas assertivas e do enfrentamento de confrontos interpessoais. Embora os resultados tenham confirmado a eficácia da técnica, algumas críticas foram feitas ao procedimento experimental utilizado no sentido de otimizar estudos posteriores. Concluiu-se que deve ser atribuída uma importância maior ao estudo da ansiedade interpessoal e do tratamento em grupo, não apenas na redução da ansiedade e da insegurança, mas também no desenvolvimento de habilidades que tornem os indivíduos bem sucedidos em seus diversos papéis sociais.

A variedade de elaboração proporcionada pela riqueza deste tema culminou na construção de um modelo fatorial de Competência Social, que contribuirá de forma mais completa para a compreensão e o tratamento de todos os tipos de dificuldades interpessoais, abrangendo desde as fobias sociais até a delinquência. O referido modelo também será útil em empresas, no sentido de melhorar o desempenho profissional e social dos funcionários e como método preventivo em escolas, através do desenvolvimento de habilidades sociais em crianças.

A B S T R A C T

Social Anxiety is known to be the source of several clinical disorders. According to some authors social values have shown to be influencing factors in the build up of social anxiety.

Theoretical and experimental studies regarding the understanding of social fears are still scarce when compared to reports dealing with several other disorders.

This work has shown the benefits of group therapy in the reduction of social anxiety, by improving the frequency of assertive responses and the frequency of coping with interpersonnal confrontation.

Although the results have proved the efficiency of the technique employed, some points have been made to improve further developments.

It has been conclued that it is of paramount importance in the study of interpersonnal anxiety and in the group therapy approach to emphasize and stimulate abilities which lead individuals to be successfull in their several social roles.

A Factorial Model of Social Competence has been developed for the understanding and treatment of a variety of interpersonnal disorders, covering the full spectrum ranging from social phobias to deliquency.

This model could also be successfully used in a working environment, to improve social and professional performance, or

at schools, as a preventive method to develop children's social abilities.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS V

INTRODUÇÃO 1

1 - ANSIEDADE SOCIAL, SUAS IMPLICAÇÕES CLÍNICAS E INCIDÊNCIA NA POPULAÇÃO 4

2 - FATORES ETIOLÓGICOS E DE MANUTENÇÃO DA ANSIEDADE SOCIAL 14

2.1 - Influência dos Fatores Genéticos na Formação da Ansiedade Social 14

2.2 - Influência dos Fatores Ambientais na Formação da Ansiedade Social 17

3 - TRATAMENTO INDIVIDUAL DA ANSIEDADE SOCIAL 33

3.1 - O Processo de Análise Comportamental 33

3.2 - Técnicas Eficazes no Tratamento da Ansiedade Social 40

3.3 - Algumas Considerações Sobre a Eficácia do Tratamento 59

4 - A RELAÇÃO TERAPÊUTICA NA ABORDAGEM COMPORTAMENTAL E NO TRATAMENTO DA ANSIEDADE SOCIAL 64

4.1 - Atitudes do Terapeuta Facilitadoras de Uma Boa Relação Com o Seu Cliente 66

4.2 - Características do Terapeuta que Favorecem a sua Interação Com o Cliente 68

5 - O TRATAMENTO DA ANSIEDADE SOCIAL EM GRUPO 74

5.1 - Vantagens do Tratamento da Ansiedade Social em Grupo 75

5.2 - Técnicas de Grupo 78
5.3 - Aspectos Importantes na Eficácia do Tratamento em Grupo 89
5.4 - Maratona de Assertividade 94

6 - METODOLOGIA 97
6.1 - Medidas 98
6.2 - Avaliação Empírica 100
6.3 - Observadores 102
6.4 - Amostra 102
6.5 - Procedimento Terapêutico 103
6.6 - Delineamento 114
6.7 - Modelo Estatístico 115

7 - RESULTADOS 118
7.1 - Resultados Estatísticos 118
7.2 - Resultados Empíricos 123
7.3 - Interpretação dos Resultados 128
7.4 - Conclusões 132

8 - IMPLICAÇÕES TEÓRICAS, DIAGNÓSTICAS E PRÁTICAS 134
8.1 - Modelo de Competência Social 140
8.2 - Comparação do Modelo com Outras Considerações Teóricas 151
8.3 - Competência Social e Personalidade 152
8.4 - Vantagens do Modelo Fatorial de Competência Social 153
8.5 - Conclusões 154
BIBLIOGRAFIA 156
ANEXOS 163

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: GRUPO EXPERIMENTAL (fase 1) 119

Tabela 2: GRUPO DE CONTROLE (fase 1) 120

Tabela 3: COMPARAÇÃO DA MÉDIA ENTRE OS DOIS GRUPOS 121

Tabela 4: GRUPO DE CONTROLE (fase 2) 122

I N T R O D U Ç Ã O

A ansiedade social tem sido apontada como fator causal de vários distúrbios de comportamento, entre estes a depressão, o alcoolismo, as obsessões e as disfunções sexuais. Além disso, sua origem encontra-se assentada em uma estrutura social estereotipada, que estimula a competição sem ensinar como lidar com o fracasso. Vivemos em uma sociedade voltada para o individualismo, onde as pessoas não se arriscam por medo de errar, uma vez que consideram o erro um motivo de rejeição por parte dos outros. Nas relações sociais, a frequente evitação de confrontos interpessoais favorece o aparecimento de sentimentos de menos valia, contribuindo para a criação de uma auto-imagem negativa. A família e a escola constituem as primeiras vias de formação de temores sociais, ao transmitir pressupostos irrealistas e ao proporcionar superproteção, impedindo iniciativas na luta por objetivos. Como consequência, a ansiedade social atinge uma grande percentagem da população.

A despeito destas evidências, a literatura tem oferecido muito pouco no sentido de compreender e modificar problemas relacionados a temores sociais. Todas estas constatações suscitaram a realização deste estudo, que teve como meta verificar a eficácia do tratamento em grupo na ansiedade social.

O primeiro capítulo busca definir a ansiedade interpessoal, especificando os diversos aspectos envolvidos no problema. São abordadas questões relativas às consequências desta dificuldade social, bem como sua grande incidência na população.

Os fatores etiológicos e de manutenção são apresentados no segundo capítulo, onde é feita uma tentativa de relacionar diversas elaborações teóricas acerca do assunto. Estas elaborações se complementam no sentido de proporcionar ao leitor uma compreensão global da formação dos problemas de interação social.

O capítulo três foi dedicado à explanação do tratamento individual da timidez. Mesmo sendo o presente estudo voltado para a terapia em grupo, enfocar o procedimento individual tornou-se necessário, uma vez que este constitui a base para a compreensão do trabalho feito em grupo. Algumas reflexões foram feitas no sentido de avaliar se é a psicoterapia a forma mais adequada de resolver dificuldades interpessoais ou se o procedimento ideal seria uma mudança radical na estrutura social.

A relação terapêutica também não poderia deixar de fazer parte deste assunto e foi discutida no capítulo quatro, constituindo, esta, a mais importante técnica de tratamento da ansiedade social.

As vantagens e desvantagens do procedimento terapêutico realizado em grupo são descritas no capítulo cinco, bem como as diversas técnicas grupais utilizadas dentro da abordagem comportamental. A relação do líder com os membros do grupo e o estabelecimento de normas e de um contrato grupal são citados como fatores que otimizam o sucesso da terapia. O final deste capítulo é dedicado à explanação do procedimento terapêutico utilizado nesta pesquisa.

No capítulo seis encontram-se especificadas as etapas do experimento, as medidas e a avaliação empírica. Foi feita uma descrição detalhada das técnicas utilizadas, bem como dos objeti

vos a que estas se prestavam. O método utilizado para verificação das hipóteses foi o delineamento de pesquisas comparativas de grupo.

Os resultados estatísticos e empíricos e as conclusões são apresentados no sétimo capítulo, onde são feitas algumas críticas ao procedimento experimental como contribuição para estudos posteriores.

Finalmente, no oitavo e último capítulo encontra-se o modelo fatorial da Competência Social, construído a partir da reflexão sobre as diversas considerações teóricas pertinentes às relações interpessoais. O modelo fatorial foi elaborado de tal maneira que, através do mesmo, se torna possível não só medir o nível de competência social de um indivíduo e identificar as suas habilidades deficitárias, como também desenvolver a competência social através do treino destas habilidades.

Esta pesquisa contribuiu, de forma significativa, para a realização de trabalhos posteriores. Além de ser comprovada a eficácia do tratamento em grupo na ansiedade social e do procedimento terapêutico utilizado servir como um programa a ser aplicado na clínica, a construção do modelo fatorial de Competência Social abre um espaço para futuras investigações no campo das relações interpessoais.

1 - ANSIEDADE SOCIAL, SUAS IMPLICAÇÕES CLÍNICAS E INCIDÊNCIA NA POPULAÇÃO

Shaw (1979) define fobia social como "uma ansiedade excessiva e uma tendência a evitar certas situações interpessoais como: refeições, reuniões, entrevistas informais, travar conversações ou ser visto fazendo algo". (Ver MacKay, 1988, pag. 138).

Emmelkamp e Kuipers declaram que a ansiedade social clínica ou fobia social consiste de "medos incapacitantes em situações sociais, levando o paciente a evitar tais situações". (Emmelkamp e Kuipers, 1985, pag. 458). Estes autores fazem uma distinção entre fobia social ou ansiedade social clínica e timidez ou ansiedade social. No primeiro caso, ocorre uma intensidade maior de medos e uma evitação anormal de situações envolvidas.

Zimbardo relaciona a ansiedade social ou timidez a uma falta de auto-confiança por "receios infundados de situações sociais" e pela ausência de prática de determinadas aptidões sociais (Zimbardo, 1972, pag. 17). Quando em níveis mais graves, a timidez traz consequências nocivas ao indivíduo. tais como: (Zimbardo, 1972, pag. 23).

- Dificuldades de conhecer pessoas novas, fazer amigos ou viver experiências potencialmente boas.

- Impedimento para a defesa dos próprios direitos e expressão de opiniões e valores.

- Limitação de possibilidades de receber avaliações positivas por parte dos outros.

- Aumento de constrangimento e de preocupação excessiva pelas próprias reações.

- Dificuldade de pensar com clareza e de se comunicar com

eficácia.

- Ocorrência de sentimentos negativos como a depressão, ansiedade e solidão.

As três definições citadas acima consideram a ansiedade social ou interpessoal dentro de um único diagnóstico, onde estão sempre presentes a ansiedade e a evitação de situações sociais. Embora ocorram diferenças quanto à terminologia na definição de Emmelkamp e Kuipers, estas se devem apenas à intensidade do grau de ansiedade, tal como acontece com o termo utilizado por Shaw.

De acordo com o DSM-III (1978), os problemas relacionados a medos interpessoais possuem diagnósticos diferenciados. São eles a desordem de timidez, a desordem de personalidade por evitação e a fobia social.

Desordem de timidez corresponde a um retraimento excessivo e persistente para familiaridade ou contato com todos os estranhos, especialmente com pessoas da mesma faixa etária, não ocorrendo esta reação com membros familiares, com os quais a interação é calorosa e satisfatória. Esta desordem se manifesta na infância ou na adolescência e pode gerar falha em formar vínculos sociais, trazendo como consequência sentimentos de isolamento e depressão.

Desordem de personalidade por evitação caracteriza-se por uma hipersensibilidade à rejeição e má vontade em se interar em relacionamentos, a menos que estes proporcionem fortes garantias de aceitação e ausência de crítica. Além disso ocorrem: retraimento social (para evitar riscos de humilhações por parte das ou

tras pessoas), necessidade de afeição e aceitação (através da aprovação incondicional) e baixa auto-estima (pela falta de habilidade para se relacionar confortavelmente com os outros). Os aspectos associados a esta desordem são a depressão, ansiedade e raiva das pessoas percebidas como críticas e rejeitadoras. A desordem de personalidade por evitação tem como fator predisponente a desordem de timidez, sendo possível o seu diagnóstico somente após os 18 anos, caso tenha existido por muitos anos o padrão de comportamento.

Fobia social compreende um medo de situações nas quais o indivíduo, ao ser exposto à observação por outras pessoas, considera a possibilidade de agir de um modo julgado humilhante ou vergonhoso. O fóbico social desenvolve ansiedade antecipatória / frente a se expor socialmente e isto faz com que ele evite tais situações. As fobias sociais mais comuns são: medo de falar em público, de enrubescer, de comer em público, de escrever na frente de outras pessoas ou de usar lavatórios públicos. Esta desordem começa, geralmente, no final da infância ou início da adolescência.

Analisando as definições descritas anteriormente, vamos encontrar que, embora exista uma variedade quanto à terminologia (ansiedade social clínica, timidez, fobia social, desordem de personalidade por evitação e ansiedade social), todas estas disfunções se resumem a um único problema, que é a manifestação de ansiedade sob condições sociais ou interpessoais, onde as reações das outras pessoas são consideradas, por razões diversas, ameaçadoras.

Os diferentes diagnósticos apontados no DSM-III tornam-se

desnecessários quando submetidos a uma observação mais minuciosa. No caso da desordem de timidez, não ficam claras as razões que levam o indivíduo a evitar pessoas estranhas. É evidente que , por algum motivo, estas pessoas são consideradas ameaçadoras.

Com referência à desordem de personalidade por evitação , a ansiedade está relacionada às críticas, humilhações ou depreciações por parte dos outros, que constituem o motivo de ameaça na ótica daquele que manifesta esta desordem.

Quanto à fobia social, o que é visto como ameaçador é o julgamento que o observador poderá fazer ao detectar sinais de ansiedade no momento em que o indivíduo escreve, ou ruboriza ao falar algo. Mas o que pode ser ameaçador para este indivíduo / quando observado tremendo ao pegar um objeto enquanto fala, que não o fato de estar frustrando possíveis expectativas feitas por aqueles que o observam? Em que isto se diferencia do medo de receber críticas e depreciações?

Considerando todas estas questões, torna-se fácil concluir que, tanto na desordem de personalidade por evitação quanto na fobia social, o indivíduo teme a desaprovação e a conseqüente rejeição. A diferenciação entre estas três reações consideradas pelo DSM-III se dá apenas pelas circunstâncias sociais nas quais o indivíduo reage com ansiedade. Em todos os casos, o temor está relacionado à reação da outra pessoa.

Deste modo, a manifestação de ansiedade nas relações sociais ou interpessoais pode variar, de pessoa para pessoa, quanto às condições sociais com as quais a reação de medo está relacionada (falar em público, afirmar-se socialmente, aproximar-se de alguém

do sexo oposto, etc.), ou quanto à intensidade do medo, avaliada pela freqüência com que estas condições sociais são evitadas. Não há razão, portanto, em se utilizar três diagnósticos quando se trata apenas de um problema.

Os aspectos comuns encontrados na ansiedade social, de acordo com as definições de Shaw, Emmelkamp e Kuipers, Zimbardo e o DSM-II são:

I- Presença de ansiedade sob determinadas condições interpessoais, onde as reações das outras pessoas são consideradas ameaçadoras;

II- Preocupação com o que os outros irão pensar ou sentir, decorrente do medo de desaprovação e consequente rejeição.

III- Esta preocupação gera evitação de situações sociais pelo temor da exposição a uma condição humilhante, vergonhosa ou hostil, que poderá implicar em rejeição por parte das outras pessoas.

IV- A constante evitação de situações sociais propicia o isolamento, a solidão e a depressão.

V- O isolamento também traz, como conseqüência, a falta de habilidades sociais para interagir com outras pessoas.

VI- Sentimentos de menos valia pela falta de habilidades sociais geram mais ansiedade e aumentam a tendência à evitação.

No presente trabalho, os termos medos sociais, ansiedade social, timidez ou ansiedade interpessoal serão utilizados indiscriminadamente para fazer referência às manifestações de ansiedade frente a qualquer situação interpessoal, abrangendo todos os níveis de ansiedade de maneira geral. A expressão fobia social,

quando for utilizada, será restrita aos casos mais graves de ansiedade, onde os comportamentos de evitação limitam a vida do indivíduo nos aspectos profissional, sexual e/ou afetivo.

A pouca bibliografia existente com relação ao estudo da ansiedade social comparada com a vasta literatura sobre outras disfunções neuróticas sugere que não se tem dado a importância necessária à compreensão deste problema, que muitas vezes corresponde ao fator subjacente de outros sintomas clínicos.

Lennard e Bernstein (1960) relatam que muitos pacientes que se submetem à psicoterapia sofrem de dificuldades interpessoais e que eles vão buscar na terapia um meio de vencer estas dificuldades (citado em Argyle, 1974).

Berne (1966) afirma que muitos terapeutas encontram nos problemas interpessoais a base da perturbação mental e aí dirigem o tratamento para as relações do paciente (Ver Argyle, 1974).

Sullivan (1974) sugere que as desordens mentais são devidas a distúrbios na comunicação e nas relações interpessoais (ver Argyle, Power e Bryant, 1974).

Chaney, O'Leary e Marlatt (1978) apontam o alcoolismo como uma possível consequência de dificuldades interpessoais (citado em Mac Kay, 1988).

Outras consequências das dificuldades interpessoais citadas são: depressão (Lewinsohn, Mischel, Caplin e Barton, 1980); obsessionalidade (Emmelkamp e Van der Heyden, 1980); ansiedade heterossexual (Curran, 1977); obesidade (Mc Millan, 1977) e problemas de retenção urinária (Barnard, Flesher e Streinbrook, 1966 (ver Mac Kay, 1988).

Partindo do princípio de que as pessoas não nascem com ansiedade social, mas a adquirem em função de uma aprendizagem inadequada, então devemos admitir que os valores sociais exercem influência sobre este problema.

Zimbardo refere-se à timidez como uma "doença social" que tende a se agravar na medida em que as forças sociais nos levam ao isolamento, à competição e à solidão. Ele atribui à família, à escola e à sociedade a responsabilidade de "programar o indivíduo para ser tímido" (Zimbardo, 1972, pag. 17).

Posteriormente será visto com mais detalhes a questão da etiologia da ansiedade social. Por ora, cabem aqui algumas conclusões acerca da influência da estrutura social sobre as dificuldades interpessoais. Se a afirmação de Zimbardo é verdadeira, então podemos considerar que a grande maioria das pessoas apresenta, em níveis diferentes, alguma dificuldade interpessoal.

De fato, é muito difícil encontrarmos alguém que não manifeste a menor reação de ansiedade frente a situações sociais específicas. O medo de falar em público é muito comum em nossa cultura. Argyle argumenta que, ser o centro das atenções implica em ser avaliado, estando a auto-estima com riscos de ser prejudicada (Argyle, 1974).

Zimbardo afirma que a timidez abrange uma variedade de níveis, compreendendo desde um ligeiro constrangimento e um receio absurdo até uma neurose extrema (Zimbardo, 1972). Com o objetivo de compreender melhor este fenômemo, ele distribuiu um questionário a quase cinco mil pessoas de uma população americana, chegando à conclusão de que a timidez é "um fenômeno comum, generaliza

do e universal". Mais de 80% dos entrevistados declararam haver passado por um período em suas vidas onde haviam sido tímidos , sendo que destes, mais de 40% consideravam-se ainda com o problema. De todos os entrevistados, um quarto era constituído de tímidos crônicos, ou seja, sentiam-se inibidos em todas as situações e com praticamente todas as pessoas (Zimbardo, 1974)

Estas afirmações sugerem que a ansiedade social é um problema comum na vida da maioria das pessoas. Cada indivíduo manifesta temores interpessoais, ainda que em níveis baixos ou mesmo em situações específicas nas quais este possa estar se sentindo ameaçado.

Em seus estudos com estudantes tímidos, Zimbardo especificou tipos de pessoas e de situações que podem provocar reações de ansiedade, bem como a percentagem com que cada tipo de pessoa ou de situação influencia nestas reações: (Zimbardo, 1972)

OUTRAS PESSOAS	PERCENTAGEM DE ESTUDANTES TÍMIDOS
Estranhos	70%
Elementos do sexo oposto	64%
Autoridades em virtude dos seus conhecimentos	55%
Autoridades em virtude das suas funções	40%
Parentes	21%
Pessoas de idade	12%
Amigos	11%
Crianças	10%
Pais	8%

SITUAÇÕES	PERCENTAGEM DE ESTUDANTES TÍMIDOS
Ser o centro das atenções (ex: fazer um discurso)	73%
Grupos numerosos	68%
Situações de inferioridade	56%
Situações sociais de uma maneira geral	55%
Situações novas de uma maneira geral	55%
Situações de auto-afirmação social	54%
Situações de exposição à avaliação	53%
Ser o centro das atenções em um grupo pequeno	52%
Pequenos grupos sociais	48%
Interações com um membro do outro sexo	48%
Situações de vulnerabilidade (ex: precisar de ajuda)	48%
Pequenos grupos de trabalho	28%
Interações com um membro do mesmo sexo	14%

(pag. 53).

As especificações desta lista são úteis para mostrar quais as circunstâncias sociais mais perturbadoras, tanto para os fóbicos sociais quanto para os que manifestam dificuldades em uma ou outra situação específica. De acordo com Zimbardo, a diferença é quantitativa. (Zimbardo, 1972).

Foi visto até agora que a ansiedade interpessoal está relacionada ao medo de desaprovação e de rejeição, à falta de habilidades sociais e à atitudes de evitação, podendo também favorecer o aparecimento de outras reações neuróticas.

De todas estas evidências, o que mais chama a atenção é a grande percentagem de indivíduos que apresentam, mesmo em níveis mais baixos, dificuldades em enfrentar situações sociais.

As reflexões acerca do porque desta incidência encontram-se no próximo capítulo, onde serão abordadas as diversas teorias sobre a etiologia da ansiedade social.

Cabe, entretanto, enfatizar a necessidade de uma preocupação maior com o estudo e o tratamento da timidez, tendo em vista o que foi apresentado neste capítulo.

2 - FATORES ETIOLÓGICOS E DE MANUTENÇÃO DA ANSIEDADE SOCIAL

De acordo com o que foi descrito anteriormente, vimos que a grande maioria das pessoas, senão todas, apresentam, em níveis diferentes, alguma dificuldade em se expressar socialmente. Entretanto, estas dificuldades não chegam necessariamente a prejudicá-las na obtenção de seus objetivos.

Por outro lado, existem indivíduos que manifestam temores sociais em níveis extremos, sentindo-se incapazes de iniciar um relacionamento, principalmente com pessoas do sexo oposto, consideram-se desinteressantes , tolos ou pouco inteligentes, estão sempre evitando reuniões e festas e acabam levando uma vida solitária e infeliz.

Os fatores que explicam a existência destes extremos são complexos e abarcam uma considerável variedade de teorias. No que respeita à gênese da ansiedade social, não existe uma única teoria que dê conta da mesma (Mac Kay, 1988).

Com o objetivo de facilitar a compreensão do leitor, serão apresentados primeiramente os fatores genéticos que influenciam na formação das dificuldades interpessoais. Em seguida, as diversas teorias que se complementam na compreensão dos fatores ambientais permitirão um entendimento global do problema da interação social.

2.1-Influência dos fatores genéticos na formação da ansiedade social.

Quando se fala em influências genéticas na formação da ansiedade social, não se pode deixar de mencionar o estudo da perso

nalidade de Eysenck (1968). Através da análise fatorial e de conceitos pavlovianos de condicionamento, ele chegou a duas dimensões ou fatores gerais: neuroticismo e introversão-extroversão. O neuroticismo ou emocionalidade é determinado geneticamente e corresponde ao nível de sensibilidade do sistema nervoso autônomo para reagir a estímulos dolorosos, fortes e abruptos. O contraste bipolar introversão-extroversão está relacionado com os níveis de excitação e de inibição corticais e ao grau de condicionabilidade, sendo também determinados geneticamente. Os indivíduos extrovertidos manifestam uma predominância de inibição sobre excitação cortical e isto explica porque eles condicionam frouxamente e tendem a extinguir mais rapidamente os seus condicionamentos. Em caso de "break down" neurótico, tendem a desenvolver padrões histéricos e/ou psicopáticos de comportamento. Os indivíduos introvertidos manifestam uma predominância de excitação sobre inibição cortical e por esta razão, condicionam mais rápida e fortemente, formando hábitos fortes e mais difíceis de se extinguirem. Em caso de stress, os introvertidos tendem a desenvolver padrões distímicos de comportamento (obsessões, fobias e ansiedades em geral) (Eysenck, 1968).

Considerando os dois extremos, introversão e extroversão, Eysenck descreve alguns hábitos e traços característicos do extrovertido típico e do introvertido típico:

"O extrovertido típico é sociável, gosta de festas, tem muitos amigos, precisa de pessoas para conversar e não gosta de ler ou estudar sozinho. Anseia por divertimento, corre riscos, age precipitadamente e em geral é pessoa impulsiva. Gosta de piadas, sempre tem uma resposta pronta e geralmente gosta de mudanças. É despreocupado, otimista e gosta de "rir e divertir-se". Pre

fere movimentar-se e fazer alguma tarefa, tende a ser agressivo e perde a calma rapidamente. Em conjunto, seus sentimentos não são controlados e ele não é uma pessoa "de confiança".

"O introvertido típico, por outro lado, é pessoa quieta e retraída, introspectiva, amante dos livros, mais do que das pessoas, é reservado e distante, exceto com os amigos íntimos. Tende a planejar de antemão, "olha antes de saltar" e desconfia do impulso do momento. Não gosta de divertimento, leva os problemas de todos os dias a sério e gosta de um modo de vida ordenado. Controla seus sentimentos, raramente se comporta de maneira agressiva e não perde a calma facilmente. É uma pessoa de confiança, um tanto pessimista e atribui grande importância aos valores morais". (Eysenck, 1968, pag. 58).

Combinando as dimensões introversão-extroversão e neuroticismo, Eysenck achou que as fobias, as depressões, as obsessões e as reações onde predomina a ansiedade ocorrem com maiores probabilidades nos indivíduos introvertidos com elevado neuroticismo . Ele chamou estas reações de neuroses do primeiro tipo,que são consideradas como distúrbio de personalidade. As neuroses do primeiro tipo caracterizam-se por um condicionamento em excesso, ocorrendo preocupações demasiadas com questões morais e religiosas , sentimentos de culpa e inutilidade.

Por outro lado foi verificada a existência de um outro tipo de neurose, onde a ansiedade possui pouca influência, dando lugar à manifestação de uma grande impulsividade, ocorrendo com maiores probabilidades em indivíduos histéricos e/ou psicopatas (extrovertidos com elevado neuroticismo). Estas reações foram chama-

das de neuroses do segundo tipo e consideradas como distúrbio de conduta. As neuroses do segundo tipo caracterizam-se por falha em condicionar, ocorrendo uma incapacidade para avaliar as consequências dos próprios atos, nenhum cuidado pelos direitos alheios e nenhum sentimento de culpa (Eysenck, 1968).

É importante ressaltar que os conceitos introversão-extroversão e neuroticismo são dimensionais e não categóricos. Isto significa que a maioria das pessoas encontra-se dentro de uma média, manifestando tanto reações características da extroversão / quanto da introversão e são chamadas de ambivertidas (Eysenck, 1968). Deste modo, embora os indivíduos altamente introvertidos com elevado neuroticismo estejam mais propensos a desenvolverem ansiedade social, isto não significa que os extrovertidos também não se tornem tímidos. As dificuldades interpessoais estão relacionadas à ansiedade e não à introversão.

Por outro lado, os extrovertidos extinguem os seus condicionamentos mais rapidamente do que os introvertidos (Eysenck, 1968), além de possuirem mais habilidades sociais (Argyle, 1974) e serem mais interessados por contatos sociais (Eysenck, 1968; Argyle, 1974). Estas afirmações sustentam a idéia de que, quanto maior o nível de extroversão de uma pessoa, mais facilmente ela pode superar os seu temores sociais. Entretanto, outras variáveis poderão interferir, fazendo com que, mesmo extrovertido, um indivíduo persista nas suas reações de ansiedade frente a situações sociais. É o que veremos a seguir.

2.2- Influência dos fatores ambientais na formação da ansiedade social.

Para que se torne possível um entendimento mais completo a cerca de como os fatores ambientais podem influenciar na etiologia das dificuldades interpessoais, torna-se necessária uma explanação sobre o que vem a ser uma neurose, como ela se forma e como se mantém.

Wolpe define o comportamento neurótico como "todo o hábito persistente de conduta inadaptada, adquirido por meio de aprendizagem em um organismo fisiologicamente normal" (wolpe, 1981, pag. 49). Neste caso, a ansiedade se encontra sempre presente.

Os conceitos de adaptativo e desaptativo referem-se às conseqüências de cada atitude manifesta pelo organismo. O sentimento de medo frente a um estímulo realmente nocivo é considerado adaptativo, uma vez que leva o indivíduo a lutar contra a morte, sendo coerente com seu princípio de sobrevivência. Por outro lado, quando este sentimento se manifesta na ausência de um perigo real (ex.: andar de elevador, estar perto de uma barata, etc.), o indivíduo passa a tomar atitudes, cujas consequências são prejudiciais (Wolpe, 1981).

A persistência também constitui uma característica da neurose (Wolpe, 1981). Se considerarmos que todas as pessoas desejam ser felizes e que tendem a manter as suas atitudes anteriormente recompensadas, do mesmo modo que evitam conseqüências nocivas ou desagradáveis, o que faz com que determinados indivíduos passem anos sem sair de casa, temendo espaços abertos e submetendo-se à solidão e a uma vida destituída de gratificações? Ou mesmo aqueles que produzem ferimentos em suas próprias mãos por submete-las a um processo compulsivo de assepsia? Eysenck chama este fenôme

no de "paradoxo neurótico", onde a pessoa "age contrariamente às suas vontades e desejos", mantendo este comportamento durante anos, submetendo-se a um sofrimento que não lhe traz qualquer vantagem (Eysenck, 1979, pag. 25).

A explicação mais razoável para a persistência da conduta neurótica refere-se às atitudes de fuga e de evitação por parte do indivíduo, quando se sente ameaçado por alguma situação ou pensamento. O alívio da ansiedade decorrente do comportamento de evitar ou de fugir da situação temida mantém o quadro neurótico, que se torna cada vez mais reforçado (Eysenck, 1979).

Com relação ao caráter aprendido das neuroses, Wolpe cita diversos experimentos que sustentam esta afirmação (Wolpe, 1981).

Entretanto, a compreensão da formação de reações neuróticas não se dá apenas no nível de eventos traumáticos. Lázarus propõe a existência de diferentes tipos de aprendizagem, que presumivelmente levam a diferentes processos de desaprendizagem (Lázarus, 1980).

Terapeutas de aprendizagem cognitiva, tais como Ellis e Beck (ver Rimm e Masters, 1983), acreditam que o modo como um indivíduo pensa determina as suas emoções e ações.

A Terapia Racional Emotiva de Ellis baseia-se na premissa de que os distúrbios emocionais e psicológicos de um indivíduo são resultantes de seus pensamentos ilógicos ou irracionais, e ele pode liberar-se destes distúrbios aprendendo a maximizar o seu pensamento racional e a minimizar o seu pensamento irracional.

As pessoas mais emotivas raciocinam de forma diferente das não emotivas. As primeiras possuem um modo de pensar preconceituoso, que é altamente influenciado por experiências anteriores , tornando-se limitado, vago e ineficaz. As segundas, por sua vez, usam o máximo a informação à sua disposição.

Partindo do princípio de que as emoções humanas resultam de pensamentos, quando o indivíduo modifica o seu "falar sozinho", ele consegue controlar as suas emoções.

Esta idéia não pressupõe a erradicação das emoções, uma vez que estas são necessárias à sobrevivência. Apenas procura eliminar as emoções negativas inadequadas, desnecessárias à vida humana. Estas últimas é que são consideradas desadaptativas.

Com base nestas premissas, Ellis afirma que o indivíduo neurótico é emocionalmente incapaz, na medida em que não sabe pensar mais claramente e comportar-se menos auto-destrutivamente. Embora não sendo deficiente ou prejudicado psicologicamente e sendo capaz de se conduzir de forma mais madura e equilibrada, tende a fazer o contrário. A neurose, neste caso, corresponde a um comportamento ilógico de um indivíduo potencialmente lógico (Ellis, 1979).

Além de acreditar em uma predisposição biológica à irracionalidade, Ellis afirma que as crenças existentes em nossa cultura também influenciam na formação de neuroses. Ele cita algumas destas crenças arbitrárias que levam geralmente à frustração e ao desapontamento (citado por Rimm e Masters, 1983).

"A idéia de que você deve - sim, deve - receber amor sin-

cero e aprovação quase o tempo todo de todas as pessoas que você considera significativas.

- A idéia de que você deve provar ser completamente competente, adequado e realizador; ou que você deve, pelo menos, ter competência ou talento real em alguma coisa importante.

- A idéia de que as pessoas que o prejudicam ou cometem atos falhos são geralmente más, perversas ou indivíduos abomináveis e que você deve culpá-las, condená-las e puni-las severamente por seus pecados.

- A idéia de que a vida é horrível, terrível, horrenda ou catastrófica quando as coisas não saem do jeito que você gostaria que elas saíssem.

- A idéia de que todo sofrimento emocional surge em razão das pressões externas e que você tem pouca habilidade para controlar seus sentimentos ou ficar livre da depressão ou hostilidade.

- A idéia de que se algo parece perigoso ou assustador, você deve ficar terrivelmente ocupado ou preocupado com esse algo.

- A idéia de que você achará mais fácil evitar enfrentar muitas das dificuldades da vida e auto-responsabilidades do que empreender algumas formas recompensadoras de auto-disciplina.

- A idéia de que seu passado continua muito importante e que, porque alguma coisa influenciou sua vida fortemente certa vez, ela continua determinando seus sentimentos e comportamentos hoje.

- A idéia de que as pessoas e coisas devem ser melhores do que são, e que você deve considerar horrível e terrível se não conseguir encontrar boas soluções para as contendas da vida.

- A idéia de que você deve alcançar a felicidade através da inércia ou inatividade ou "se divertindo" passivamente e sem compromissos.

- A idéia de que você deve ter um alto grau de ordem ou certeza para se sentir confortável, ou que você precisa de alguma força sobrenatural na qual possa confiar.

- A idéia de que você pode se dar uma avaliação global como ser humano e que seu valor e aceitação geral dependem da qualidade de seu desempenho e do grau em que as pessoas o aprovam". (pag. 388).

A posição de Beck é muito semelhante a de Ellis quanto à influência dos pensamentos irracionais sobre a emoção. Ele desenvolveu os seus estudos na compreensão e tratamento da depressão, embora as suas afirmações sejam extremamente úteis para explicar o funcionamento cognitivo nas reações fóbicas em geral e na ansiedade social em particular (Rimm e Masters, 1983).

Beck (1976) também aponta alguns pressupostos ou normas básicas que predispõem o indivíduo à depressão (ver Rimm e Masters, 1983).

" - Para ser feliz eu tenho que ser bem sucedido em tudo o que fizer.

- Para ser feliz eu devo ser accito por todas as pessoas em todos os momentos.

- Se eu cometer um erro, isto significa que sou inepto.

- Eu não consigo viver sem amor.

- Se alguém discordar de mim, isto significa que essa pessoa não gosta de mim.

- Meu valor como pessoa depende do que os outros pensam de mim". (pag. 413).

De acordo com o que foi visto até agora, torna-se evidente a conclusão de que a formação e manutenção da ansiedade social enquadra-se perfeitamente dentro das explicações sobre a etiologia e persistência do comportamento neurótico propostas por Wolpe, Eysenck, Ellis e Beck.

O caráter desadaptativo existe, na medida em que o tímido evita a convivência social (Shaw, 1988; Emmelkamp e Kuipers, 1985, Zimbardo, 1972 e DSM-III), passando a levar uma vida solitária, privando-se das contingências reforçadoras adquiridas através do contato interpessoal e prejudicando-se nas suas realizações profissionais, afetivas e sexuais (Zimbardo, 1972).

A persistência (Wolpe, 1981) também está presente nos problemas de interação social, como consequência das atitudes de fuga e de evitação, que favorecem a manutenção da ansiedade e reforçam os pensamentos de auto-depreciação (Zimbardo, 1972).

Os pensamentos ilógicos (Beck,1976,citado por Rimm e Masters, 1983 e Ellis, 1979) são freqüentes nas dificuldades interpessoais e se identificam pela baixa auto-estima, sempre presente nestes casos (Zimbardo, 1972).

Serão apresentadas, a seguir, algumas elaborações que confirmam não somente estas conclusões, como também mostram ser a

ansiedade social adquirida por aprendizagem.

Wolpe explica a formação das dificuldades sociais por uma ansiedade condicionada classicamente, a partir de exposições repetidas a situações sociais mal sucedidas (Wolpe, 1981).

Argyle considera que a origem deste problema se dá por um déficit de habilidade, onde a pessoa não adquire um repertório de respostas verbais e não-verbais apropriadas às situações inter - pessoais. Neste caso, o déficit nas habilidades ocorre pela falta de treino, quando o indivíduo leva uma vida de isolamento e de superproteção (Argyle, 1974).

O autor atribui à maneira pela qual os pais tratam os seus filhos a origem de muitos aspectos da personalidade. As atitudes de elogio, recompensa, compreensão e afeto são fundamentais. Se a criança não se sente amada, ela tende a rejeitar-se e a desenvolver uma auto-imagem negativa. Por outro lado, o amor não deve ser confundido com super-proteção, uma vez que todo o indivíduo necessita aprender, desde pequeno, que precisa fazer algum esforço para que as suas necessidades sejam satisfeitas (Argyle, 1974).

Como exemplos de habilidades sociais, Argyle considera : manter conversa informal, lidar com pessoas que falam demais ou de menos, interessar-se por outra pessoa e descobrir a respeito dela, participar de decisão em grupo e proferir palestra. Além destas, algumas atitudes não verbais são também consideradas: tom de voz, expressão facial e postura corporal adequados (Argyle , 1974).

Beck, 1979 e Ellis, 1962 (citados em Mac Kay, 1988) apontam que as di

ficuldades interpessoais resultam de pensamentos irracionais e ilógicos do indivíduo. Conclusões negativistas, expectativas impróprias, distorções de interpretações acerca dos fatos e autodesvalorização pesam na formação da ansiedade social.

A explicação de Zimbardo sobre a formação da timidez se encaixa com a de Argyle e com as posições de Beck e Ellis, sendo que este autor atribui uma responsabilidade maior à nossa estrutura social. Na medida em que a humanidade tende a reduzir o número de familiares e que há um crescimento da quantidade de pessoas vivendo sozinhas, a solidão torna-se cada vez mais freqüente, o acesso às pessoas cada vez mais difícil e, consequentemente, as possibilidades de um desenvolvimento de habilidades sociais, de aprendizagem pela interação com os outros e de manutenção do afeto diminuem consideravelmente. (Zimbardo, 1972).

Além da solidão conseqüente do isolamento, a competição e a realização individual são excessivamente valorizadas em nossa sociedade e podem também originar ansiedade social. O sucesso é medido em termos de se ser "o melhor" e no caso de não se atingir este objetivo, o desempenho é considerado "fracassado". "Nossa sociedade tem se mostrado disposta a tirar partido das realizações dos poucos indivíduos que se distinguem de uma maneira ou outra e a contabilizar o fracasso dos que perdem como um prejuízo que dá direito à dedução de impostos"(Zimbardo, 1972, pag. 70).

Os valores sociais conduzem os indivíduos a desenvolverem atitudes que atendam expectativas alheias para que possam ser aceitos. Do contrário, a rejeição passa a ser uma ameaça quando não somos necessários aos outros. Este esquema social explica ,

UNIVERSIDADE CATÓLICA

em grande parte, a formação dos pensamentos irracionais citados por Ellis e Beck (ver Rimm e Masters, 1983).

Em uma lista de dez maneiras de promover a timidez, Zimbardo tenta exemplificar como os valores e práticas culturais programam as pessoas para serem tímidas: (Zimbardo, 1972, pag. 245 e 246)

I) Valorizar o individualismo feroz (vencer sozinho, lutar sozinho, "fazer as coisas à minha maneira").

II) Promover o culto do "eu" (introspecção narcisista, egocentrismo e a consciência de si mesmo).

III) Atribuir valor ao êxito individual e fazer do fracasso um motivo de vergonha num sistema altamente competitivo.

IV) Estabelecer aspirações ilimitadas e critérios de êxito ambíguos, sem ensinar formas de fazer face ao fracasso.

V) Desencorajar a expressão de emoções e a livre troca de sentimentos e receios.

VI) Proporcionar poucas oportunidades de relações íntimas entre os sexos e criar tabus rigorosos em relação a grande parte das formas de expressão social.

VII) Fazer com que a aceitação e o amor estejam dependentes de padrões sociais variados e críticos de atuação.

VIII)Negar o significado da experiência atual do indivíduo, fazendo comparações com glórias inatingíveis do passado e com as exigências de objetivos futuros.

IX) Promover a instabilidade social por meio da mobilidade, divórcio, incerteza econômica e todos os outros processos pos-

síveis.

X) Destruir a confiança em objetivos sociais comuns e o orgulho em pertencer ao grupo.

Em suas pesquisas com sociedades de tendências competitiva e comunitária, Zimbardo encontrou que nas primeiras, a incidência de pessoas tímidas é consideravelmente maior. As crianças pertencentes às sociedades competitivas "são levadas a pensar que o seu mérito e o amor que desejam dos adultos dependem de sua atuação. Têm de provar que o merecem num mundo em que o êxito é tacitamente aceito e que são parcas as recompensas, ao passo que o fracasso, sendo motivo de vergonha, é intensificado". (Zimbardo, 1972, pag. 257).

Nas sociedades onde existe uma preocupação comunitária,os objetivos comuns são mais importantes do que os méritos individuais. "As atitudes em relação às crianças levam-nas a sentir- se especiais, que são o grande valor da geração atual e a promessa da próxima geração. Os pais lhes dão o amor incondicional, não confundindo isso com a aprendizagem da responsabilidade e da disciplina. As pessoas aprendem com os seus erros, não sendo estigmatizadas por eles. Há inúmeras oportunidades para se relacionarem com os outros, praticarem as aptidões para a conversação e compartilharem com os outros num ambiente comunitário". (Zimbardo, 1972, pag. 257).

Michael Bruch e Victor Meyer (1988) explicam com mais clareza a questão da auto-desvalorização, sempre presente na ansiedade social. Eles definem "sentimentos de insegurança" como "uma

alta discrepância auto-percebida entre EU real e EU ideal, medida por experiências de frustração e fracasso, que tipicamente resultam em baixa auto-estima ou auto-imagem negativa".. (pag. 205).

Seguem abaixo os seis padrões cognitivos referentes aos sentimentos de insegurança: (Bruch e Meyer, 1988, pag. 205).

I- Pensamento auto-referente negativo, relacionado a ativação emocional negativa. O indivíduo se julga incapaz e fica ansioso ao desempenhar uma tarefa.

II- Não aceitação de aquisições por serem consideradas fora dos próprios padrões. Como a auto-exigência é elevada, ocorre sempre uma frustração.

III- Expectativas negativas, perspectivas de baixa eficiência em particular - seleção da pior hipótese.

IV- Sucesso atribuído ao acaso e fracasso atribuído a si próprio (isto se deve ao fato de os indivíduos se sentirem inaptos para manter comportamentos bem sucedidos).

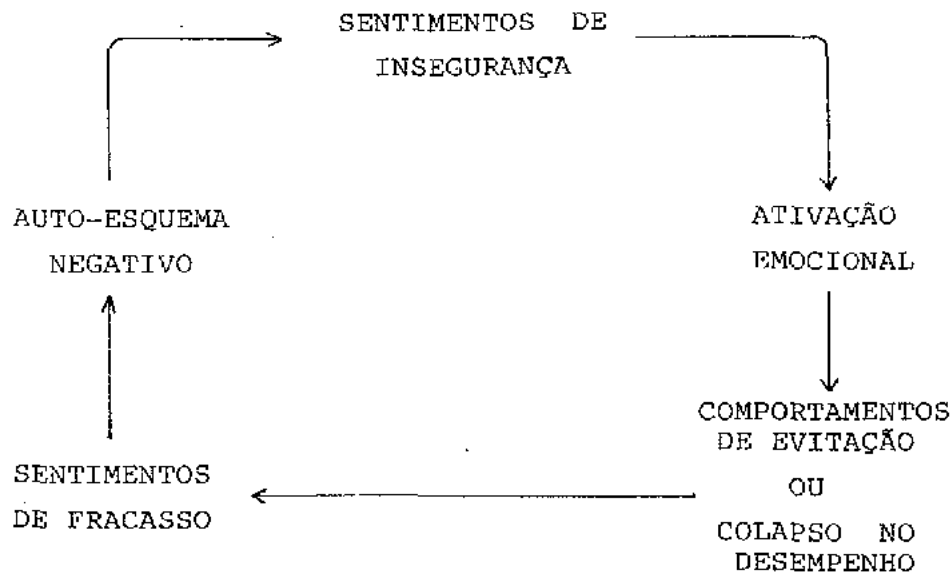
V- Dificuldade de auto-aceitação, tendência à rigidez e sensibilidade à crítica, gerando evitação e retraimento.

VI- Crenças irracionais de atitudes, objetivos e expectativas irrealistas, perfeccionistas e rígidas.

Os sentimentos de insegurança estão relacionados à ativação emocional, a comportamentos de evitação, a sentimentos de fracasso e à formação de auto-esquemas negativos.

A ativação emocional ou ansiedade antecipatória se forma

na medida em que o indivíduo se encontra em uma situação considerada por ele como ameaçadora. Esta ativação provoca uma distorção da percepção, bem como da avaliação do próprio comportamento e da situação vivida pelo indivíduo, tendo como consequência um prejuízo no desempenho ou uma atitude de evitação. Estas consequências negativas geram sentimentos de fracasso que, ao serem estocados na memória, contribuem para a formação de auto-esquemas negativos. Estes, por sua vez, propiciam mais ativação emocional e assim por diante. (Bruch e Meyer, 1988). A figura abaixo mostra o funcionamento deste círculo vicioso:



Considerando que os sentimentos de insegurança caracterizam-se por uma discrepância rígida entre um nível elevado de aspiração (formado por padrões irrealistas) e uma falta de habilidade reconhecida pelo indivíduo, é necessário diferenciar o nível elevado de aspiração que ocorre nos sentimentos de insegurança, das metas ambiciosas, porém realistas, perseguidas pelos

grandes realizadores. No primeiro caso, as habilidades não são suficientes para o alcance das metas, ou, pelo menos, os sujeitos inseguros não se julgam com capacidade para atingi-las (Bruch e Meyer, 1988).

De acordo com o que foi visto, os valores sociais nas sociedades competitivas exercem uma grande influência na manifestação da ansiedade social. Esta influência se dá, principalmente , pela formação de conceitos distorcidos e crenças irracionais, que por sua vez geram expectativas irrealistas, aumento de ansiedade, atitudes de evitação e fuga e auto-conceito negativo.

A falta de aquisição de habilidades sociais, necessárias à interação efetiva entre pessoas também representa um fator causal deste problema, estando inclusive relacionada ao esquema social (isolamento e super-proteção).

Ligando todas estas explicações à teoria da personalidade de Eysenck, vamos encontrar que os indivíduos extrovertidos, tanto quanto os introvertidos, sofrem as influências de um esquema social competitivo, onde as pessoas são constantemente desafiadas e a expectativa de punição (representada pela rejeição aos que não se sobressaem) gera ansiedade e insegurança.

Cabe aqui ressaltar as vantagens que este esquema social propicia aos extrovertidos, na mesma proporção em que situa os introvertidos em posição desvantajosa.

Uma vantagem corresponde à competição em relação à personalidade. Os indivíduos extrovertidos respondem melhor quando criticados. O desafio constitui para eles algo que os motiva a

crescer, melhorar, sobressair, etc. Os introvertidos, por sua vez, respondem melhor quando encorajados, incentivados, etc, tendendo a se desmotivar facilmente quando seus esforços não são reconhecidos (Argyle, 1974). O esquema competitivo estimula o crescimento dos indivíduos extrovertidos, desvalorizando as potencialidades dos sujeitos introvertidos.

Outra vantagem refere-se ao conceito positivo que as pessoas atribuem aos extrovertidos. Vivemos numa sociedade que cultua a extroversão. Os indivíduos extrovertidos são admirados e julgados mais inteligentes, interessantes, agradáveis, originais, etc. Entretanto, os introvertidos também podem ter todas estas qualidades. Ocorre que estes se comportam de forma mais discreta, de modo que suas características positivas não aparecem logo à primeira vista, tornando a aquisição de reforçamento social positivo mais difícil.

Mesmo levando estas vantagens, pessoas extrovertidas também reagem timidamente em circunstâncias sociais. Como foi assinalado no início deste capítulo, o que vai determinar o temor diante de situações interpessoais é a ansiedade. E o esquema competitivo pode motivar certas pessoas a melhorarem o seu desempenho, mas gera também ansiedade. Se o nível de ativação ultrapassar um limite suportável, o indivíduo tenderá a fugir ou evitar situações temidas. E é a evitação e a fuga que mantém o temor. Deste modo, apenas os sujeitos extrovertidos com baixo neuroticismo é que provavelmente serão beneficiados em um esquema competitivo, caso não venham a sofrer experiências stressantes que os tornem inseguros.

Estas conclusões sobre a posição vantajosa dos extroverti

dos com baixo neuroticismo são, de certa forma, reforçadas pelos estudos de Argyle. Tentando estabelecer uma relação entre personalidade e habilidades sociais, este autor chegou a algumas características de pessoas mais populares: extroversão, ajustamento emocional, sensibilidade social e inteligência (Argyle, 1974).

De acordo com o que foi citado anteriormente, a quantidade de indivíduos tipicamente extrovertidos e introvertidos é bastante inferior a de ambivertidos (Eysenck, 1968). Portanto, poucas são as pessoas que não sofrem a influência negativa de nossa estrutura social. Isto explica porque a ansiedade social atinge uma generosa fatia da população.

Reconhecer a influência de valores culturais na formação da timidez implica numa reflexão sobre o tratamento da mesma. Um ansioso social que consegue vencer as suas dificuldades através da psicoterapia não sofrerá riscos de recair ao continuar sofrendo as mesmas pressões sociais? Por outro lado, só poderemos considerar possível a eliminação das dificuldades interpessoais a partir de uma mudança radical dos esquemas sociais? Estas questões serão vistas mais adiante.

3 - TRATAMENTO INDIVIDUAL DA ANSIEDADE SOCIAL

Antes de serem apresentadas as estratégias terapêuticas adequadas à ansiedade social, cabe aqui estabelecer uma distinção entre utilização de técnicas terapêuticas e processo terapêutico na abordagem comportamental.

Existe, atualmente, um número considerável de autores insatisfeitos com a utilização de pacotes prontos de tratamento dirigidos aos diversos problemas clínicos. Este tipo de procedimento busca modificar o comportamento do paciente, partindo diretamente de suas queixas (Meyer e Turkat, 1988).

Em oposição a este método, surge uma nova abordagem de avaliação que, através de uma análise funcional, estabelece relação entre as queixas do cliente, com o objetivo de encontrar o fator subjacente ao problema. Neste caso, a modificação ocorre por uma atuação direta no fator subjacente e nas queixas (Meyer e Turkat, 1988).

Este capítulo tentará abordar o tratamento da ansiedade interpessoal de uma forma global, enfocando todo o processo de análise comportamental de acordo com um modelo funcional de investigação, onde serão inseridas as diversas técnicas de modificação. Deste modo, qualquer idéia de que a terapia comportamental se resume à mera utilização de técnicas será completamente eliminada.

3.1 - O processo de análise comportamental

A partir do primeiro contato com o cliente, inicia-se o procedimento de análise funcional, envolvendo três estágios: a entrevista inicial, a experimentação clínica e a metodologia de

modificação. Todos estes estágios ocorrem de acordo com o modelo experimental (Meyer e Turkat, 1979, 1988 e Lettner, 1983, 1985).

Durante a fase de entrevista inicial, o terapeuta busca entender porque o paciente desenvolveu as suas dificuldades e porque estas se mantêm. A partir dos primeiros relatos do cliente, o clínico começa a criar algumas hipóteses e a testá-las, reformulando-as e retestando-as. As hipóteses estabelecem relações entre as queixas, identificam os fatores etiológicos do problema e fornecem previsões acerca do comportamento do cliente frente a determinadas estimulações.

O desenvolvimento de uma formulação pressupõe uma entrevista diretiva, embora esta seja flexível. Na medida em que a atitude do terapeuta deve variar em função do comportamento do cliente e que cada caso irá requerer perguntas específicas, cada entrevista será diferente.

Como auxiliar no processo de formulação, o terapeuta dispõe de uma lista de queixas que, além de especificar a série de dificuldades manifestadas pelo cliente, facilita o trabalho no sentido de se estabelecer relação entre os problemas e de se criar novas hipóteses.

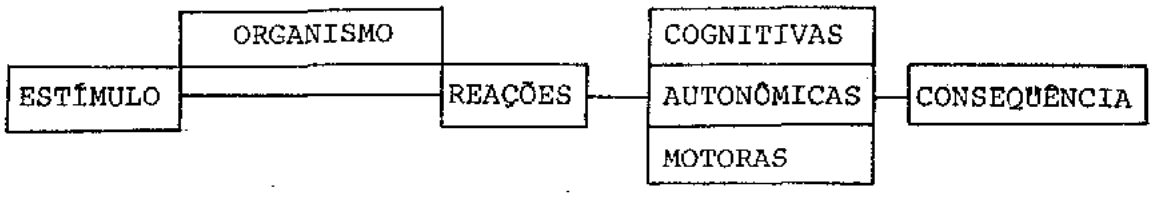
O modelo experimental de avaliação clínica exige que o terapeuta defina operacionalmente todas as circunstâncias (estímulos) que provocam a desordem. Do mesmo modo, as reações frente às circunstâncias também devem ser especificadas. Estas reações ocorrem em três níveis: o cognitivo (que compreende os pensamentos do indivíduo acerca dos seus problemas), o autonômico (manifestações de ansiedade expressas por sudorese, taquicardia, secura da boca, tremor, etc.) e o motor (comportamentos de evitar, fu-

gir ou enfrentar situações). A importância de se conhecer estes três níveis de reações se dá na medida em que cada nível exerce uma influência sobre o outro. As conclusões e suposições que um indivíduo tira a partir de suas experiências prévias vão determinar as suas atitudes e emoções (Beck, 1982). Assim, conceituações distorcidas e crenças disfuncionais (reações cognitivas) provocam ansiedade (reações autonômicas), podendo gerar atitudes de evitação e fuga (reações motoras) que, por sua vez, reforçam os pensamentos distorcidos e assim por diante.

Além dos estímulos e dos três níveis de reações, devem ser observadas as consequências das respostas do cliente. Muitas destas consequências são reforçadoras e explicam porque os seus problemas persistem. De acordo com Lásarus (1968), quando uma pessoa começa a manifestar sinais de depressão, a atenção e os cuidados excessivos por parte dos familiares e amigos tendem a reforçar o estado depressivo (citado em Lettner, Shinohara e Lanna, 1988). Neste caso, a atenção da família corresponde a uma consequência da resposta (atitude depressiva).

O terapeuta deverá investigar as dificuldades do indivíduo não só na situação presente, como também buscará saber como estas dificuldades evoluiram desde sua primeira ocorrência. Os comportamentos anteriores aos problemas também são pesquisados, onde serão encontrados os fatores ambientais, orgânicos e de pre - disposição genética. A história do indivíduo, sua relação com os pais, amigos, professores, etc., fornece informações úteis neste sentido.

O esquema seguinte mostra as variáveis utilizadas na análise funcional:



Estímulo - qualquer circunstância que provoque a reação problemática.

Organismo - predisposições neurofisiológicas geneticamente determinadas.

Reações Cognitivas - pensamentos, valores, etc., acerca da experiência.

Reações Autonômicas - ligadas ao sistema nervoso autônomo, manifestadas por sudorese, taquicardia, etc.

Reações Motoras - reações observáveis diante das situações difíceis.

Conseqüência - qualquer resposta, ambiental ou da própria pessoa, que poderá reforçar as reações problemáticas.

(Para discussão deste assunto, ver Lettner, 1983).

De posse de todo este material, o terapeuta estabelece relação entre as queixas e suas manifestações etiológicas, após o que poderá ser capaz de prever como o cliente responderá às diversas situações.

Como ilustração da importância da formulação na efetividade do tratamento, tomemos por exemplo um paciente cuja queixa principal refere-se a uma incapacidade de conseguir ereção suficiente para realizar uma relação sexual completa. Após fazer a investigação, o terapeuta encontra que tal paciente manifesta um

nível de exigência muito elevado quanto ao seu desempenho em qualquer tarefa. Além disto, o seu auto-conceito é baixo, sentindo-se inseguro em relação a sua capacidade de uma maneira geral. Deste modo, nunca está satisfeito consigo mesmo, uma vez que o seu pensamento resume-se a: "caso eu não consiga realizar esta tarefa com perfeição, serei mesmo um fracasso". Esta distorção cognitiva interfere em suas reações autonômicas, gerando ansiedade. Conseqüentemente, as suas atitudes são de evitar ou fugir de situações sociais para não se frustrar. Neste caso, o fator subjacente ao problema principal corresponde ao seu alto nível de exigência, gerando uma expectativa elevada quanto a qualquer desempenho em que possa ser avaliado, inclusive o sexual. Além de aplicar técnicas específicas para a disfunção sexual, o terapeuta deverá atuar no sentido de apontar as distorções cognitivas do cliente e elevar a sua auto-confiança através de técnicas assertivas, de reestruturação cognitiva, de exposição gradativa, etc. Só assim poderá ser efetivo o programa de tratamento para a disfunção sexual. Se, por outro lado, o tratamento se detiver apenas na questão sexual, dificilmente este paciente conseguirá resolver o seu problema de ereção, além do que continuará predisposto a desenvolver outras reações neuróticas relacionadas ao seu desempenho.

Após realizar uma formulação do problema e esta ser devidamente submetida à verificação empírica, o terapeuta dará início ao programa de tratamento, que será útil apenas para aquele paciente. Mesmo que outros indivíduos manifestem dificuldades semelhantes, suas variáveis independentes e dependentes serão diferentes e o mesmo pacote de tratamento jamais poderá ser efetivo.

Durante todo o processo terapêutico, as hipóteses continu

am sendo testadas. O analista comportamental deverá ter um tempo previsto de modificação dos comportamentos do cliente. A partir do momento em que os resultados diferem do previsto, todo o processo de formulação deve ser revisto no sentido de se descobrir as falhas existentes. Se, por outro lado, os resultados confirmam a previsão, o procedimento terapêutico deve permanecer inalterado (Meyer e Turkat, 1979, 1988 e Lettner, 1983, 1985).

De acordo com o modelo de análise funcional, o tratamento de um indivíduo que procura ajuda por dificuldades interpessoais deve ser precedido de um procedimento de formulação, onde o fator subjacente será identificado. Dispondo de uma boa quantidade de teorias que explicam a formação deste problema, o terapeuta deve investigar por que aquele cliente específico adquiriu estas dificuldades e o que as mantêm.

Conhecer as reações cognitivas, autonômicas e motoras do paciente diante das situações sociais é importante não só para a formulação do problema, como também para o estabelecimento de uma estratégia terapêutica adequada, que deverá abranger estes três níveis de reações. Se um indivíduo procura tratamento por - que manifesta intensa ansiedade sempre que vai tomar cafezinho na presença de pessoas, o clínico deverá pesquisar quais são os pensamentos deste indivíduo acerca desta situação (reações cognitivas). Supondo que o paciente possua uma quantidade de crenças, tais como: "se esta pessoa perceber que vou tremer, ela certamente me achará um fraco e não levará a sério o que estou falando"; "tremer diante de pessoas significa falta de capacidade e pouca segurança do que estou dizendo"; "ao me considerar um fraco, esta pessoa sentirá pena de mim ou de desprezará"; "se esta pessoa me vir tremendo, deixará de prestar atenção ao que estou dizendo

e ficará inteiramente concentrada em meu tremor"; "as pessoas seguras não tremem nunca em situações sociais"; etc., certamente ele se sentirá ansioso sempre que estiver diante de uma xícara de café ou de um copo de bebida em circunstâncias sociais e, consequentemente, irá tremer nestas condições (reações autonômicas). A probabilidade de que este paciente evitará tais situações é grande (reações motoras) e isto contribuirá para a manutenção do problema.

Prosseguindo em suas investigações o terapeuta poderá encontrar que o seu cliente é sensível a críticas pelo medo de errar. O erro para ele significa um demérito e se alguém lhe aponta um erro, este se sentirá diminuído e irá questionar a sua capacidade, comprometendo, assim, a sua auto-imagem.

Estas evidências levam o profissional a fazer algumas previsões acerca de seu paciente, tais como:

I - O medo de errar está relacionado a um alto nível de exigência, levando-o a uma ativação emocional, sempre que vai realizar uma tarefa (medo de desempenho).

II - Entre outras manifestações autonômicas, o tremor está sempre presente quando ocorre ativação emocional.

III - A percepção do tremor aumenta a ativação emocional, especialmente se alguém oferecer bebida.

IV - O medo de errar e de ser rejeitado será ativado em qualquer situação social ou interpessoal.

V - O medo de desempenho certamente prejudicará a performance sexual.

Neste caso, o fator subjacente ao problema corresponde a

uma ansiedade de desempenho relacionada a um elevado temor de rejeição. O tratamento deverá ser direcionado ao fator subjacente, bem como à queixa principal.

A estratégia terapêutica envolverá técnicas que: diminuam a ansiedade de desempenho frente a situações sociais; aumentem a auto-confiança, através da expressão de sentimentos; modifiquem determinadas crenças irracionais, levando o paciente a encarar o erro como algo que facilita o crescimento pessoal; favoreçam o enfrentamento de situações sociais, inclusive a de tomar líquidos diante de pessoas.

A relação terapêutica também está incluída na estratégia de tratamento. Devido a sua grande importância na eficácia da psicoterapia, a relação terapeuta-paciente será discutida no próximo capítulo.

Serão apresentadas, a seguir, as técnicas que se complementam no tratamento das dificuldades interpessoais.

3.2 - Técnicas eficazes no tratamento da ansiedade social

Várias são as técnicas utilizadas no tratamento da timidez. Algumas delas possuem uma prevalência de atuação nas reações cognitivas, outras nas reações autonômicas e outras nas reações motoras. (Mac Kay, 1988).

A escolha destas técnicas vai depender da formulação feita previamente. Na maioria das vezes o tratamento consistirá da reunião de um grupo de técnicas mais apropriadas aquele caso em particular, ou mesmo da inovação de procedimentos terapêuticos adequados às necessidades do cliente.

Para facilitar a compreensão do leitor, cada técnica será

apresentada isoladamente, após o que, serão feitos alguns comentários pertinentes.

3.2.1 - Dessensibilização Sistemática

A técnica de dessensibilização sistemática foi desenvolvida por Wolpe e baseia-se no princípio de inibição recíproca: "Se, na presença de um estímulo evocador de ansiedade, pode se conseguir uma resposta antagônica que suprima total ou parcialmente as respostas de ansiedade, então se debilitará o vínculo de união entre estes estímulos e as respostas". (Wolpe, 1981, pag. 91).

No caso de temores sociais, é construída uma escala de situações interpessoais provocadoras de ansiedade para o paciente. Estas situações são dispostas em ordem crescente de ansiedade, desde aquela onde a manifestação de medo é bem pequena, até chegar a uma condição em que a experiência social provoque uma ativação emocional em níveis extremos. Como reação antagônica ao medo, utiliza-se o relaxamento. O paciente, profundamente relaxado, passa a imaginar situações sociais que eliciam níveis mais baixos de ansiedade. Na medida em que a imaginação não produz mais qualquer manifestação desconfortável para o cliente, outros ítens da escala são dessensibilizados até que, finalmente, não ocorra mais nenhum sinal de ansiedade frente à imaginação de qualquer situação social. Wolpe sustenta a eficácia deste tratamento, embora o paciente não seja exposto a estímulos reais (Wolpe,1981).

Evans e Kellam (1973) sugerem que a dessensibilização sistemática é mais efetiva no tratamento de fobias simples (ex: medo de alturas, cães, barulhos altos, etc.). No caso de fobias sociais, sua efetividade não é tão garantida, talvez pelo envolvi-

mento de outros fatores tais como deficiência nas habilidades sociais (ver Rimm e Masters, 1983).

Thorpe (1975) encontrou que esta técnica isolada mostra ser menos eficiente do que outras técnicas (citado em Mac Kay,1988).

Por outro lado, a dessensibilização sistemática, quando combinada com outros procedimentos terapêuticos, parece ser de grande ajuda no tratamento das dificuldades interpessoais(MacKay, 1988).

3.2.2 - Treinamento Assertivo

Alberti e Emmons (1983) definem comportamento assertivo como aquele "comportamento que torna a pessoa capaz de agir em seus próprios interesses, a se afirmar sem ansiedade indevida, a expressar sentimentos sinceros sem constrangimento, ou a exercitar seus próprios direitos sem negar os alheios"(pag. 18).

Estes autores fazem distinções entre comportamentos passivos, agressivos e assertivos. No primeiro caso, o indivíduo se desvaloriza, na medida em que inibe a expressão de seus próprios sentimentos. Esta postura o impede de atingir os seus objetivos. Como conseqüência, ele se sentirá frustrado, magoado e ansioso.

O comportamento agressivo caracteriza-se pelo desejo de auto-asserção ao extremo, levando o indivíduo a passar por cima dos direitos alheios. Normalmente este tipo de comportamento magoa a outra pessoa, fazendo com que esta se sinta humilhada. Esta postura também é impeditiva na obtenção de objetivos, tendendo a criar um clima de tensão e constrangimento.

O comportamento assertivo facilita a comunicação entre o emissor e o receptor, na medida em que o primeiro expressa os seus sentimentos honestamente. Geralmente este comportamento fa-

vorece a obtenção de objetivos e proporciona ao emissor um sentimento positivo a respeito de si mesmo.

Em outras palavras, na atitude passiva o emissor se prejudica pela sua auto-desvalorização; na atitude agressiva, o emissor e o receptor são prejudicados; na atitude assertiva ninguém sai prejudicado. Ainda que os objetivos desejados sejam conflitantes, pode se chegar a um acordo que não desvalorize nenhuma das partes (Alberti e Emmons,1983).

Salter (1949) foi o primeiro a enfatizar a importância do comportamento assertivo e Wolpe aprimorou a técnica assertiva , considerando-a como uma das técnicas redutoras de ansiedade (citado em Rimm e Masters, 1983). O que leva as pessoas a manifestarem atitutes passivas é o medo de serem rejeitadas ou punidas de uma maneira ou de outra. Cabe ao terapeuta mostrar que a maior parte dos comportamentos assertivos trazem conseqüências positivas e que, mais importante do que a conseqüência é a tentativa, uma vez que só se pode saber se uma atitude traz resultados favoráveis após esta ser testada. (Rimm e Masters, 1983).

O treinamento assertivo pode ser realizado através de ensaio comportamental e da modelação.

3.2.2.1 - Ensaio Comportamental: Neste processo, cliente e terapeuta desempenham papéis onde o paciente revive situações em sua vida diária, nas quais não tem conseguido se expressar assertivamente. Ao mesmo tempo em que representa o papel da outra pessoa, o terapeuta faz algumas observações acerca do desempenho do cliente. Vários diálogos são travados, de modo que o paciente vai desenvolvendo uma habilidade verbal cada vez maior para expressar as suas emoções, sendo sua ansiedade reduzida com

a repetição destes exercícios no consultório. Com o tempo, o cliente passa a lidar assertivamente na relação com as pessoas ao seu redor e isto faz com que a sua auto-confiança se torne cada vez mais elevada (Rimm e Masters, 1983).

3.2.2.2 - Modelação: De acordo com Bandura (1979), a observação de pessoas agindo de determinada maneira e sendo bem sucedidas nesta ações, propicia atitudes semelhantes por parte daquele que observa. O autor afirma que a exposição a influências modeladoras tem três efeitos distintos (pag. 70):

1º) O observador passa a utilizar no seu repertório de respostas certas atitudes que antes não faziam parte deste repertório.

2º) De acordo com as conseqüências das atitudes do modelo, a observação pode enfraquecer ou fortalecer respostas inibitórias nos observadores.

3º) O comportamento de outras pessoas serve como estímulo discriminativo para o observador, facilitando a ocorrência de respostas previamente aprendidas da mesma classe geral (efeito de facilitação da resposta).

Com base nos estudos de Bandura, a técnica de modelação consiste em proporcionar ao cliente um modo de facilitar a ocorrência de atitudes assertivas por parte do mesmo. Para isto, são utilizados modelos que lidam assertivamente com várias situações sociais. O paciente deverá observar e posteriormente imitar o comportamento do modelo. A utilização de vídeo-tapes, filmes ou demonstrações por parte do terapeuta, constituem a modelação de respostas interpessoais apropriadas que favorecem o aparecimento de atitudes afirmativas no paciente(Mac Kay, 1988).

3.2.3 - Técnicas Cognitivas: As intervenções cognitivas são de fundamental importância no processo terapêutico. Além de levarem a mudanças autonômicas e motoras, elas proporcionam ao cliente uma noção mais clara acerca dos seus problemas, desfazendo conceitos errôneos de que este "possa estar louco" ou de "ser uma pessoa má". A noção correta a respeito dos próprios problemas leva o paciente a uma participação mais ativa no tratamento, favorecendo a eficácia do mesmo (Mac Kay, 1988).

Os terapeutas de aprendizagem cognitiva, tais como Beck, Meichenbaum e Ellis (citados em Rimm e Masters, 1983) acreditam que o modo de pensar dos pacientes determinam as suas emoções desadaptadas. Deste modo, eles tentam modificar o pensamento destes pacientes, com o objetivo de eliminar ansiedades inadequadas. Atualmente outros terapeutas vêm desenvolvendo técnicas de tratamento partindo dos pressupostos destes autores, tais como a reestruturação cognitiva e a inoculação de stress.

3.2.3.1 - Reestruturação cognitiva: desenvolvida por Linehan (1979), esta técnica busca ajudar o cliente a modificar crenças irracionais. Inicialmente o terapeuta age como um modelo, demonstrando ao paciente uma seqüência de pensamentos irracionais acerca de uma situação social na qual seja necessária uma atitude assertiva. Estes pensamentos irracionais bloqueiam respostas assertivas, portanto, o terapeuta reformula os pensamentos, facilitando, assim, uma posição mais objetiva. Em seguida o cliente é solicitado a praticar a reestruturação cognitiva em situações cada vez mais difíceis, recebendo feedback do terapeuta. Após este procedimento, o paciente é treinado em habilidades sociais e incentivado a reagir assertivamente, tanto em situações simuladas quanto em situações de sua vida diária (ver Mac Kay, 1988).

Como exemplo da reestruturação cognitiva, Goldfried et Alii (1974) descrevem uma seqüência de pensamentos (citados em Mac Kay, 1988):

"Estou imaginando que estou numa loja e que a vendedora me deu o troco errado. Quando ela se volta para atender o próximo freguês, eu noto que ela me deve CZR 35,00. Há uma fila de pessoas atrás de mim. Hummmm! Eu quero pedir o troco certo mas começo a me sentir ansioso. Em que estou pensando? Bem, a vendedora vai provavelmente ficar zangada e todos os outros vão ficar furiosos por eu fazê-los esperar. Eu vou realmente me sentir um bobo. Estou mesmo sendo egoísta. Eu deveria ter mais consideração. Além disso, eu não preciso do dinheiro.

Ei, espere um pouco, eu posso reestruturar isto. Provavelmente a vendedora não vai ficar zangada e mesmo que fique, isto não é uma catástrofe. Eu tenho o direito de receber o troco certo e, se as outras pessoas da fila ficam incomodadas, é uma lástima, mas não é meu problema. Não há razão para que eu não peça meu troco. Ainda sou uma pessoa legal". (pag. 141 e 142).

Em seus estudos, Linehan (1979) concluiu que a reestruturação cognitiva é mais eficiente quando combinada com o treinamento em habilidades sociais (citado em Mac Kay, 1988).

Scholveer e Gutsh (1983) realizaram técnicas cognitivas em um grupo de alunos altamente ansiosos e encontraram que esta técnica é eficaz no tratamento da ansiedade social (ver Mac Kay, 1988).

3.2.3.2 - Inoculação do Stress: Esta técnica foi desenvolvida por Meichenbaum e Turk (1976) e busca ajudar o cliente a responder a situações stressantes pensando racionalmente. Inicialmente, este é treinado a identificar as pistas que deflagram a

desorganização do comportamento e a examinar as suas alternativas para atitudes mais adaptativas. Este treinamento envolve três processos: aprender a controlar a ansiedade através do relaxamento, a desenvolver habilidades interpessoais e a formular estratégias cognitivas e auto-afirmações adaptativas que levem a atitudes positivas. O próximo passo é estimular o cliente a aplicar as várias estratégias e habilidades, tanto em situações simuladas quanto na vida real. Na medida em que o paciente domina o método auto-instrutivo, ele se torna capaz de formular regras que o facilitarão a generalizar e a manter as suas atitudes após terminado o tratamento (citado em Mac Kay, 1988).

Novaco (1976) utilizou o modelo de inoculação de stress no tratamento de problemas relacionados a dificuldade de controle de raiva. A terapia consiste em ajudar o cliente a regular as suas respostas cognitivas e fisiológicas diante de provocações e a adquirir habilidades necessárias para solucionar a situação adequadamente. Os resultados mostraram ser o componente cognitivo mais eficaz do que o treinamento de relaxamento, sendo que o combinação de técnicas cognitivas com a de habilidades sociais apresenta uma eficácia maior do que as técnicas aplicadas separadamente (ver Mac Kay, 1988).

Embora as técnicas cognitivas possuam algum suporte empírico, são necessárias mais pesquisas para que estas possam ser reconhecidas dentro de um rigor científico (Rimm e Masters, 1983).

3.2.4 - Tarefas Comportamentais: O objetivo desta técnica é favorecer a generalização da aquisição de habilidades adquiridas no consultório (Mac Kay, 1988). Neste caso, o cliente é solicitado a realizar, em sua vida diária, algumas tarefas rela-

cionadas às suas dificuldades interpessoais, que já tenham sido devidamente tratadas na clínica (ex: trocar mercadorias defeituosas, experimentar vários sapatos em uma loja e não comprar nenhum, fazer uma crítica construtiva a um amigo, etc.).

As tarefas comportamentais são úteis principalmente naqueles casos onde o indivíduo costuma evitar confrontos sociais (Emmelkamp e Kuipers, 1985).

3.2.5 - Tratamento dos sentimentos de insegurança: Bruch e Meyer (1988) propõem a utilização de técnicas para o tratamento de sentimentos de insegurança, envolvendo a modificação de padrões cognitivos irrealistas, o treinamento de controle de ansiedade em combinação com o treinamento de habilidades sociais e uma reorganização e direção ativa da auto-monitoria e auto-avaliação.

3.2.5.1 - Modificação de padrões cognitivos irrealistas : as crenças supervalorizadas, irracionais e perfeccionistas, bem como pressões ambientais constituem fatores responsáveis pelos padrões irrealistas que, com experiências crônicas de fracasso e frustração, tornam-se mais acentuados. Isto contribui para elevar a discrepância existente entre o Eu ideal e o Eu real auto-percebido. Neste caso, o terapeuta e o cliente devem criar juntos novos padrões e objetivos. Tais padrões e objetivos devem ser grandes o suficiente para motivarem o paciente, embora não tão grandes a ponto de promoverem elevação de ansiedade e comportamentos de evitação. As habilidades existentes irão nortear a amplitude adequada para os objetivos (Bruch e Meyer, 1988).

3.2.5.2 - Treinamento de controle de ansiedade e de habi-

lidades ou habilidades excessivas inadequadas à situação:contribuem para a ativação emocional e conseqüentes atitudes de evitação. Isto leva à deficiência da autoregulação (processo que ocorre na ausência de estímulos discriminativos e reforçadores imediatos). O treinamento de controle de ansiedade combinado com o treinamento de habilidades sociais fornecem possibilidades de auto-reforçamento. Para que seja garantida a eficácia terapêutica, o treinamento de habilidades deve levar em conta aspectos individuais, tais como: capacidade intelectual, necessidades,objetivos e padrões do paciente (Bruch e Meyer, 1988).

3.2.5.3 - Reorganização e direção da auto-monitoria e auto avaliação: mesmo com a aquisição de habilidades, alguns clientes relutam em admitir as suas aquisições ou modificar expectativas de eficácia. Há uma tendência nestes indivíduos a atribuirem o próprio sucesso ao acaso e a se responsabilizarem pelo fracasso. O procedimento clínico adequado a esta deficiência corresponde a reorganização e a direção ativa da auto-monitoria e auto-avaliação pelo terapeuta. A auto-monitoria e a auto-avaliação constituem aspectos da auto-regulação, que "facilitam a direção e o controle de comportamentos iniciados rumo a um alvo, com o fim de reduzir a zero as discrepâncias percebidas (Bruch e Meyer, 1988, pag. 207).

Os métodos cognitivos, tais como treinamento de conscientização e técnicas de reestruturação e re-rotulação são os mais apropriados para encorajar os clientes a apreciarem aquisições / feitas em terapia. A rememoração de sucessos passados também facilita a mudança nos auto-esquemas (Bruch e Meyer, 1988).

3.2.6 - Técnicas utilizadas por Zimbardo: O tratamento da

timidez proposto por Zimbardo (1972) pressupõe uma disponibilidade para a mudança. Ele afirma que, para vencer as suas dificuldades interpessoais, o indivíduo precisa mudar: (Zimbardo, 1972).

- "aquilo que pensa sobre si mesmo;
- a maneira como se comporta;
- aspectos importantes da forma como as outras pessoas pensam e agem;
- determinados valores sociais que geram timidez." (pag. 145).

Segundo o autor, a timidez pode ser modificada, independentemente da gravidade com a qual ela se apresente. Entretanto, para que esta modificação seja possível, é necessário um grande esforço por parte do paciente.

Zimbardo cita algumas etapas pelas quais o tímido deve passar com o objetivo de superar as suas inibições sociais: Zimbardo, 1972, pag. 148).

- melhorar a auto-compreensão;
- compreender a própria timidez;
- aumentar o amor próprio;
- desenvolver aptidões sociais específicas positivas;
- ajudar outras pessoas tímidas;
- aprender formas de modificar os aspectos da nossa sociedade que geram timidez.

3.2.6.1 - Melhorar a auto-compreensão: nesta fase, Zimbardo (1972) sugere alguns exercícios que facilitem o auto-conhecimento. Partindo do princípio de que a timidez está relacionada a um medo excessivo de uma avaliação negativa por parte dos outros, talvez os exercícios propostos nesta etapa aumentem ainda mais o

constrangimento do indivíduo. Entretanto, este processo, segundo o autor, ocorre sempre que se vai aprender a guiar um automóvel/ ou tocar um instrumento. Há um sentimento inicial de incompetência, onde a pessoa não consegue coordenar os movimentos. Com a prática, os atos se tornam automatizados e harmoniosos. A idéia de que podemos aprender muito com os nossos fracassos, desde que estejamos dispostos a aceitá-los como uma conseqüência inevitável, porém temporária, do fato de experimentarmos algo de novo , favorece que a fase de auto-compreensão seja concluída com sucesso (Zimbardo, 1972).

Um tipo de exercício para facilitar a auto-compreensão pode ser feito da seguinte maneira: (Zimbaro, 1972, pag. 172): O paciente é solicitado a fazer uma lista das dez palavras, frases ou atributos que melhor o descrevam. Em seguida ele deverá classificar cada uma destas características, desde a mais importante (1 ponto) até a menos importante (10 pontos). Após a classificação, algumas perguntas devem ser respondidas, tais como: quais delas representam valores positivos , valores negativos ou descrições neutras? Quais os aspectos que o seu melhor amigo consideraria serem os dois mais característicos e os dois menos característicos da sua personalidade? Coincidem com aqueles que você mesmo escolheria? Peça ao seu amigo para classificar os dez.

Os exercícios propostos por Zimbardo para melhorar a auto compreensão constituem excelente pretexto para a identificação de auto-esquemas negativos citados por Bruch e Meyer (1988), de deficits em habilidades e outros aspectos relacionados à ansiedade social, que podem ser trabalhados através de técnicas já citadas anteriormente (ensaio comportamental, reestruturação cogniti

va, etc.).

3.2.6.2 - Compreender a própria timidez: o objetivo desta etapa é fazer com que o indivíduo entenda o que a timidez significa para si. Refletindo sobre as causas, fatores relacionados e consequências de suas dificuldades, ele se sentirá mais seguro das possibilidades de sucesso. Além disso, a avaliação inicial da timidez possibilita uma referência que poderá vir a ser comparada mais tarde com as várias etapas de modificação pelas quais o cliente irá passar. O conhecimento de sua melhora favorece o indivíduo a prosseguir com maior motivação no sentido de vencer as suas inibições sociais (Zimbardo, 1972).

Como exercício para a obtenção de uma compreensão das próprias dificuldades, o paciente deverá responder a um questionário exaustivo, envolvendo perguntas que buscam saber sobre intensidade do temor, freqüência de sentimentos de timidez, ganhos secundários, atitudes de evitação social, nível de extroversão, origem da ansiedade, deficiência pessoal, circunstâncias sociais nas quais ocorre ansiedade, tipos de pessoas que provocam temor, reações fisiológicas, pensamentos do indivíduo sobre as situações temidas (reações cognitivas), atitudes (reações motoras), conseqüências, etc. Além do questionário, o indivíduo deverá observar-se quando se sente só, se tende a correr riscos, que barreiras encontra para tentar vencer as suas dificuldades, etc.

O procedimento de Zimbardo nesta etapa constitui um equivalente do processo de formulação de problemas apresentado por Meyer e Turkat (1988), considerando que, no segundo método, os critérios de uma pesquisa científica são enfatizados e a investigação ocorre dentro de um esquema de previsão e testagem de hi

póteses. Entretanto, o que existe de comum nestas duas estratégi as é o fato de o cliente tomar conhecimento do seu problema. De acordo com Mac Kay (1988), conhecer sobre o próprio problema reduz as crenças irracionais que poderiam impedir o progresso terapêutico. Por outro lado, desconhecer a relação entre as próprias atitudes e as conseqüências das mesmas gera ansiedade e depressão. Seligman (1977) afirma que a perda total de controle sobre as próprias ações e suas conseqüências leva a reações emocionais que ele denominou de desamparo. Tais considerações teóricas contribuem, portanto, para sustentar esta fase do trabalho de Zimbardo.

3.2.6.3 - Aumentar o amor-próprio: Zimbardo utiliza um trabalho de reestruturação cognitiva e de tarefas para ajudar o indivíduo tímido a aumentar o amor-próprio. Inicialmente conscientiza o seu paciente a respeito dos problemas gerados pela sua atitude de se comparar aos outros. As idéias básicas que ajudam a estabelecer uma noção positiva do próprio valor são: (Zimbardo, 1972, pag. 185, 186 e 187).

I - Reconhecimento das próprias qualidades e defeitos, com estabelecimento de objetivos adequados a eles.

II - Decisão do que é mais importante para si, como gostaria de viver a vida, de uma maneira realista. Elaboração de um inventário de todos os personagens guardados dentro de si, atualizando-os de acordo com a própria condição psicológica do momento, de modo a que eles possam servir de auxílio a estes objetivos.

III - Determinação das bases da própria personalidade, identificação das linhas de continuidade e decisão que determinaram/ o estágio atual. Perdão aos próprios erros e fracassos . Busca

de esquecimento de auto-recordações negativas. Lembranças de êxitos passados, por pequenos que tenham sido.

IV - Eliminação de sentimentos de culpa e de vergonha.

V - Busca das causas da própria dificuldade em aspectos físicos, sociais, econômicos e políticos e não em deficiências da própria personalidade.

VI - Manter na lembrança que todas as coisas podem ser vistas de várias maneiras. A "realidade" corresponde a um consenso entre as pessoas e cada um a vê de uma forma. Esta lembrança permite maior tolerância na interpretação das outras pessoas, bem como desvalorização do que possa parecer rejeição ou falta de apreço por parte delas.

VII - Evitação de auto-afirmações negativas.

VIII - Impedimento de críticas por parte das outras pessoas que não sejam restritas a atos específicos susceptíveis de avaliação e melhora. Aceitação de críticas benevolentes que possam ajudar.

IX - Manter lembrança de que fracassos e desilusões podem mostrar que certos objetivos poderiam ser inúteis, não merecer esforços.

X - Não tolerância de pessoas, empregos e situações que provoquem sentimentos de inaptidão. Caso não seja possível modificá-los ou modificar aspectos próprios que valham a pena, estes devem ser afastados ou evitados.

XI - Proporcionar tempo para auto-dedicação no sentido de atender as próprias necessidades. Realizar atividades sozinho facilita o auto-conhecimento.

XII - Busca de sociabilização, de prazer no que os outros possam transmitir. Imaginação sobre as incertezas dos outros e busca de como ajudá-los. Disponibilidade para colaborar.

XIII - Evitar superproteger o próprio EU. O empenho emocional, mesmo que magoe, traz mais vantagens do que o isolamento emocional por querer ficar seguro.

XIV - Estabelecimento de objetivos de vida a longo prazo, subdivisão destes em etapas de curto prazo. Criação de meios realistas para o cumprimento destas etapas.

XV - Conscientização de ser uma pessoa que pode alterar o rumo da própria vida em qualquer altura. Com auto-confiança, os obstáculos se transformam em desafios e estes em realizações.

As tarefas desta etapa tem como objetivo aumentar a auto-confiança, combater estados depressivos, livrar-se de rótulos, etc.

3.2.6.4 - Desenvolver aptidões sociais especificas positivas: A aprendizagem da utilização de ingredientes básicos da vida social costuma ser inexistente em nossa cultura (Zimbardo, 1972). Esta é a razão pela qual o treinamento em habilidades sociais constitui uma peça importante para a auto-afirmação. Zimbardo (1972) sugere alguns exercícios adequados a este objetivo. (pag. 199 a 217).

I - Fazer o papel de um entrevistador (representar outra pessoa faz com que o indivíduo se sinta menos avaliado, tomando iniciativas e sentindo o que isto representa).

II - Estabelecer um contato (aprender conversações ao telefone, iniciar uma conversa, etc. A prática destes exercícios de-

ve obedecer uma ordem crescente de dificuldades).

III - Aceitar e fazer elogios (observar alguns aspectos positivos em uma pessoa e elogiá-los. Receber também os elogios agradecendo-os, em vez de negá-los modestamente).

IV - Procurar conhecer muitas pessoas (buscar locais apropriados, onde seja possível travar conversação por algum tempo, como por exemplo: um sítio, um curso, etc.).

V - Manter-se bem informado (a informação é útil para que se possa travar conversação agradável. A leitura de jornais, revistas e livros são úteis, bem como peças de teatro, sessões de cinema, etc.).

VI - Manter uma conversa (fazer perguntas objetivas, expressar opiniões, interessar-se pelo relato da outra pessoa, etc., correspondem a estratégias úteis para uma conversação agradável).

VII - Saber ouvir (esta habilidade favorece um melhor conhecimento da outra pessoa. Para isto, são importantes algumas medidas, tais como: prestar atenção na conversa, não tirar conclusões precipitadas, identificar-se com o outro, fazer perguntas durante o discurso da pessoa).

VIII - Ser reforçador nas despedidas (verbalizando o quanto foi agradável a conversação, utilizando breves expressões de concordância, etc.).

IX - Convidar alguém do outro sexo para sair (lembrar o último contato com a pessoa, dizer clara e objetivamente a sua intenção de sair, especificando local. Caso a pessoa negue, buscar entender se o horário não está adequado ou, se for o caso, propor outro local.

X - Lidar com conflitos interpessoais (expressar sentimentos de desagrado, lutar pelos próprios direitos, etc.).

XI - Como enfrentar a tensão (utilização de técnicas de relaxamento).

3.2.6.5 - Ajudar outras pessoas tímidas: Os pais e professores exercem uma influência tão grande na educação das crianças que podem gerar e agravar timidez, de acordo com o modo de se relacionar com elas. Com base nesta premissa, Zimbardo (1972) propõe que a ajuda às pessoas tímidas constitui um dever social.

Nesta etapa o autor procura mostrar várias maneiras de atuar no relacionamento, de modo a promover nos indivíduos maior auto-estima. Os pais e professores desempenham papel mais importante neste processo, considerando que filhos e alunos esperam destes reconhecimentos e recompensas.

Algumas recomendações são feitas por Zimbardo (1972) a pais e professores, com o objetivo de proporcionar às crianças mais auto-confiança (pag. 228 e 229).

I - Reconhecer que a passividade é um estado estranho às crianças e a todos os seres vivos.

II - Não alimentar dependência de filhos ou alunos com objetivos de controle sobre eles.

III - Ensinar as crianças a serem responsáveis por si mesmas logo que possam.

IV - Orientar filhos e alunos no sentido de ajudar colegas e irmãos quando estes necessitarem.

V - Aceitar os erros das crianças dando-lhes tempo para se tornarem mais confiantes. Fracassar significa que o objetivo

estava errado ou que os meios utilizados para o atingir estavam errados.

VI - Preparar os indivíduos desde cedo para se sentirem bem consigo próprios quando estão sós. A solidão pode ser uma experiência positiva se for um meio de auto-conhecimento.

A popularidade também depende de prática. As crianças precisam treinar aptidões sociais através da comunicação, da expressão de sentimentos para com as outras crianças e para consigo. Elas necessitam de contato social e de atenção dos pais.

O contato físico também constitui um fator importante nas relações interpessoais. Deste modo, tocar as crianças é fundamental, especialmente quando estas são tímidas.

Embora Zimbardo (1972) sustente que os tímidos devem ajudar pessoas com inibições sociais como uma forma de auto ajuda, esta etapa destoa das anteriores, na medida em que se apresenta mais como um caráter preventivo do que de tratamento. Sendo assim, poderia ser explanada fora das etapas que compreendem as estratégias terapêuticas.

3.2.6.6 - Aprender formas de modificar os aspectos da nossa sociedade que geram timidez: A partir da constatação de que a estrutura dos nossos pensamentos, sentimentos e ações sofrem influência de nossa cultura, Zimbardo (1972) propõe que o modo mais eficaz de combater a timidez consiste em "modificar os valores culturais, as normas sociais e as forças situacionais" (pag. 242). Mais uma vez a medida preventiva é enfatizada, sendo que através de uma "revolução social" (Zimbardo, 1972, pag. 258).

No entanto, o autor não especifica de que maneira estas medidas podem ser tomadas para que tal modificação ocorra, como

o fez de forma tão clara e interessante nas etapas anteriores , nem tão pouco esclarece a partir de que estas mudanças poderiam acontecer.

Não há dúvidas de que a modificação de valores culturais responsáveis pela formação de crenças irracionais e emoções desadaptadas seria uma solução para os problemas relativos à ansiedade social. Entretanto, duas questões necessitam ser levantadas a este respeito: em primeiro lugar, se seria realmente possível a ocorrência de uma mudança radical na estrutura social suficiente para eliminar os problemas de timidez; segundo, se uma pessoa que consegue vencer suas dificuldades interpessoais através da terapia pode resistir às pressões sociais geradoras de insegurança. Tais questões serão discutidas a seguir.

3.3 - Algumas considerações sobre a eficácia do tratamento das dificuldades sociais: Até agora foram apresentadas várias técnicas efetivas no tratamento da ansiedade social. A utilização das mesmas em combinação ou separadamente vai depender dos resultados de uma análise funcional.

A constatação de que os problemas relacionados a temores interpessoais decorrem de uma estrutura social inadequada levanta duas questões básicas:

1º) Sendo a ansiedade social ou timidez produto de valores e normas de nossa cultura, o tratamento de indivíduos que manifestam este problema poderá ajudá-los a resistir às pressões sociais?

2º) Seria possível ocorrer uma mudança social capaz de eliminar os problemas interpessoais?

Para que uma pessoa possa manter os seus ganhos terapêu-

ticos é necessário que ela seja capaz, não somente de resistir a pressões externas como também de exercer um controle sobre o ambiente.

Skinner (1974) afirma que, quando um indivíduo age sobre o meio para obter aquilo que é essencial para a sua sobrevivência e para a sobrevivência da espécie, ele age no sentido de controlar o mundo ao seu redor. Isto constitui uma característica da vida, tanto quanto a respiração ou a reprodução.

Urich (1967) considera que "a única forma significativa de liberdade comportamental deve ser baseada no conhecimento dos fatores que nos controlam realmente". (Citado em Kanfer e Phillips, 1975, pag. 98).

De acordo com Bandura (1979), mesmo sendo as atitudes dos indivíduos reguladas pelas suas conseqüências, muitas vezes o ambiente controlador é alterado pelo comportamento. Assim, as pessoas desempenham um papel ativo na construção de suas próprias contingências de reforçamento, dependendo do modo como se comportam. Considerando que, na relação entre duas pessoas, uma exerce influência sobre a outra, Bandura (1979) cita um exemplo do processo de reforçamento recíproco que ocorre na produção involuntária e no fortalecimento de acessos de raiva em crianças:

"Na maioria dos casos, as solicitações suaves de crianças não são atendidas porque os pais estão ocupados com outras atividades. Se exigências subsequentes também não são recompensadas, a criança irá geralmente apresentar progressivamente formas mais intensas de comportamento que se tornam crescentemente aversivas aos pais. Neste ponto da sequência de interação, a criança está exercendo um controle aversivo sobre os pais. Eventualmente, os

pais são forçados a terminar o comportamento incômodo dando atenção à criança, desta forma reforçando uma atividade desregrada . Tais práticas de reforçamento diferencial são extremamente eficientes na produção de formas aversivas de comportamento de inusitada resistência". (pag. 26).

Com relação às dificuldades interpessoais, Bandura (1979) afirma que estas ocorrem em condições nas quais uma pessoa desenvolveu uma série de comportamentos sociais que forçam atitudes reforçadoras nos outros por meio de controle aversivo. Tais comportamentos sociais podem ser exemplificados como: queixas incessantes, comportamento agressivo, dependência, desempenho de papéis de doente e expressões emocionais de rejeição, sofrimento e aflição.

Argyle (1974) declara que "durante a interação social, cada pessoa está constantemente reforçando as outras e sendo por elas reforçada, sem ter consciência disso." (pag. 72).

Em seu trabalho com tímidos, Zimbardo (1972) também admite haver o controle de cada indivíduo sobre o ambiente. Ele cita quatro mensagens básicas que costuma comunicar aos seus clientes:

"- Você pode controlar aquilo que sente e faz.

- Você é responsável por todos os seus sentimentos e ações e pode criar todas as conseqüências que quiser.

- Você escolheu ser tímido e aprendeu a agir como uma pessoa tímida. Agora, pode escolher não o ser, se estiver disposto a desaprender todos esses velhos hábitos e a substituí-los por outros que sejam mais vantajosos para si.

- Você tem a liberdade de fazer X, mesmo quando os outros dizem que não; tem a liberdade de se recusar a fazer X, mes

mo que os outros digam que tem de o fazer.")pag. 238 e 239).

Estas afirmações levam a duas conclusões básicas: 1º) todas as pessoas exercem influência umas sobre as outras, independentemente de tomarem conhecimento desta influência; 2º) quando um indivíduo passa a conhecer os fatores que controlam o seu comportamento, ele pode resistir às pressões externas e com isto exercer uma influência maior sobre o ambiente.

Se o controle do indivíduo sobre o ambiente é possível, então o tratamento de ansiosos sociais pode levá-los, não somente a uma mudança de seus comportamentos, como também à mudança dos comportamentos das outras pessoas à sua volta. Lázarus (1975) declara que "existe um estado de equilíbrio dinâmico entre o paciente e seu ambiente, e qualquer tentativa de mudança conduzirá ao aparecimento de forças opositoras ao movimento no sentido de recriar o estado anterior" (pag. 36). As conseqüências deste estado dependerão do cliente sobreviver a estas pressões: "se o estado de equilíbrio dinâmico entre o paciente e seu ambiente foi quebrado e as forças opositoras não alteraram o comportamento do paciente, então este alterará o ambiente" (Lázarus, 1975, pag. 37).

A primeira questão referente à possibilidade do tratamento de ansiosos sociais ajudá-los a resistir às pressões ambientais no sentido de manter os seus ganhos terapêuticos fica então respondida. Quanto ao fato do paciente resistir ou sucumbir a tais pressões dependerá de uma análise funcional. De acordo com MacKay (1988), "se o terapeuta falhar em considerar adequadamente as contingências ambientais ao conduzir a análise comportamental, é improvável que o programa de tratamento que ele implementa subsequentemente seja eficiente." (pag. 141).

A segunda questão é mais difícil de ser respondida. Na medida em que os valores de nossa estrutura social são controlados por interesses diversos, esperar que uma mudança social ocorra para se chegar à solução dos problemas interpessoais parece medida pouco viável.

Por outro lado, a nossa cultura já sofreu modificações consideráveis de valores, principalmente no campo da sexualidade e isto provavelmente se deve à capacidade do ser humano de modificar o seu meio ambiente. Deste modo, parece existir a possibilidade de mudança dos valores sociais geradores de insegurança nos indivíduos. No entanto, mesmo sendo possível tal mudança, esta ocorrerá a longo prazo e existem providências mais urgentes a serem tomadas.

O tratamento clínico constitui, portanto, o método mais razoável de resolução dos problemas relacionados a temores sociais. No campo da educação, a orientação a pais e professores sobre como se relacionar com filhos e alunos corresponde a uma medida preventiva eficaz, tal como propôs Zimbardo (1972).

4 - A IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA NA ABORDAGEM COMPORTAMENTAL E NO TRATAMENTO DA ANSIEDADE SOCIAL.

Em seu compromisso com uma retidão científica no estudo das técnicas comportamentais, os behavioristas não manifestavam a atenção necessária à questão da relação terapeuta-paciente como um fator importante na eficácia das técnicas de tratamento (Voge e Beck, 1978).

Mesmo alguns clínicos que admitiam a importância do terapeuta como um agente reforçador no relacionamento com o seu cliente, encaravam o profissional como um reforçador social (Cautela e Upper, 1978) que, através do uso de reforço positivo (expressando concordância verbal, aprovação, elogio ou encorajamento) ; de extinção (permanecendo em silêncio, olhando em volta, mudando de assunto); ou de punição (expressando desagrado ou desaprovação facial ou verbalmente), modelava os comportamentos do paciente com o objetivo de torná-los adaptativos.

Krasner (1962) chegou a descrever o terapeuta como uma "máquina de reforçamento social" que exerce uma força poderosa no sentido de mudar o comportamento do paciente (ver Kanfer e Phillips, 1975).

Os modelos cognitivos contribuíram para enfocar a questão da relação terapêutica de uma forma mais ampla, sem desconsiderar a perspectiva científica e operacional como um método valioso de estudo neste campo (Voge e Beck, 1978).

Além disso, alguns pesquisadores chegaram à conclusão de que as variações na relação terapeuta-paciente influenciam no sucesso do tratamento, reforçando mais ainda a posição de que a interação terapêutica merece uma atenção especial no sentido de ma

ximizar os resultados clínicos. (Para melhor compreensão deste assunto, ver Ford, 1978).

Cartwright (1966) realizou um estudo comparativo entre terapeutas de abordagens diferentes e encontrou que as diferenças de procedimentos técnicos são relativamente menos importantes do que a interação terapeuta-paciente. (citado em Kanfer e Phillips, 1975).

De acordo com estudos realizados por Kanfer e Phillips (1975), os terapeutas "bem sucedidos" ou "experientes" comportam se de forma semelhante ao se relacionarem com os seus pacientes, quaisquer que sejam as suas posições teóricas.

Ao estudar a utilidade preditiva da percepção do cliente acerca da relação terapêutica (CPTR), Ford (1978) concluiu que a CPTR facilita o processo de mudança na terapia comportamental, embora não constitua uma condição suficiente para uma completa intervenção efetiva.

Hoje já não se questiona mais o valor da relação terapêutica como parte do processo de tratamento. O problema agora é abordá-la dentro de um estudo metodológico. Kanfer e Phillips (1975) afirmam existirem alguns obstáculos neste sentido, uma vez que algumas variáveis específicas que possuem sustentação empírica para a sua eficácia (como por exemplo, a empatia), foram definidas de muitas maneiras e são difíceis de operacionalizar e medir.

Autores como Beck (1982), Kanfer e Phillips (1975), Cautela e Upper(1978) e Range e Erthal(1988) apresentam uma série de atitudes do terapeuta que contribuem para uma boa relação com o cliente, bem como características do profissional necessárias à esta interação. Algumas destas afirmações baseiam-se em dados empíri-

cos e necessitam de um posterior estudo metodológico.

4.1 - Atitudes do Terapeuta facilitadoras de uma boa relação com o seu cliente

A diretividade na entrevista Range e Erthal(1988),as expectativas adequadas do cliente (Kanfer e Phillips, 1975; Cautela e Upper (1978) e a confiança básica (Beck, 1982 e Range,1988) são variáveis facilitadoras da interação terapeuta-paciente.

4.1.1 - A diretividade na entrevista

A postura diretiva do terapeuta comportamental ao conduzir a entrevista constitui um aspecto positivo para o estabelecimento de um relacionamento favorável com o seu paciente (Range e Erthal, 1988). Quando o profissional interrompe algumas vezes o discurso do cliente com perguntas pertinentes, este demonstra entender o que está acontecendo e provoca no paciente a sensação de que está sendo compreendido e amparado.

Após chegar à formulação do problema, o clínico leva ao conhecimento do cliente os fatores causais de suas dificuldades, bem como a estratégia terapêutica a ser utilizada (Range e Erthal,1988). Este procedimento favorece uma redução de ansiedade no paciente, além de aumentar a controlabilidade referida por Seligman (1977), citada no capítulo anterior e por Range e Erthal, 1988).

4.1.2 - Expectativas adequadas do cliente

As expectativas com relação ao procedimento terapêutico, prognóstico, duração do tratamento e critérios para a alta, compreendem variáveis importantes para a mudança terapêutica (Cautela e Upper, 1978; Kanfer e Phillips, 1975). Heller e Goldstein (1961) afirmam que "o grau em que um paciente sente-se atraído por seu terapeuta e a mudança posterior nesta atração,

está significativamente relacionado com as expectativas de prognóstico do terapeuta no início do tratamento" (ver Kanfer e Phillips, 1975, pag. 22). Além disso, Goldstein e Shipman (1961) encontraram que "os pacientes que esperam uma melhora moderada têm um resultado mais favorável na terapia do que aqueles que esperam pouca ou muita melhora." (citado em Kanfer e Phillips, 1975, pag. 23).

A duração do tratamento, o número de abandonos da terapia, a severidade da patologia e a melhora, de acordo com Apfelbaum (1958) estão relacionados com as expectativas prévias do cliente. (ver kanfer e Phillips, 1975).

Lennard e Bernstein (1960) demonstraram ser a tensão na interação entre paciente e terapeuta uma função do grau de diversidade em suas expectativas mútuas; Gliedman et Alii (1975) concluíram que a congruência das expectativas do terapeuta e do paciente no que respeita aos ganhos terapêuticos é preditiva da permanência do paciente em tratamento. (citados em Kanfer e Phillips, 1975).

Com base nestes estudos, torna-se evidente, mais uma vez, a necessidade do cliente ser informado acerca dos fatores causais e de manutenção do seu problema, bem como do funcionamento do procedimento terapêutico. Conhecer as expectativas do paciente é fundamental para que determinados conceitos errôneos sobre a terapia ou sobre o papel do terapeuta sejam devidamente corrigidos (Kanfer e Phillips, 1975; Cautela e Upper, 1978).

4.1.3 - Confiança básica

A confiança básica na relação terapêutica representa também um fator importante para o sucesso do tratamento

(Beck,1982; Range e Erthal,1988). Beck (1982) cita cinco condições que provocam confiança no cliente (pag. 61).

I - Autonomia (facultar ao paciente a iniciativa de falar, planejar, etc.);

II - Estruturação (diretividade e iniciativa do terapeuta);

III - Confiabilidade e receptividade (ser pontual, atender a telefonemas, etc.);

IV - Estabelecimento de limites (não fazer pelo paciente a quilo que ele pode fazer por si mesmo);

V - Ser uma "pessoa real" (exibir qualidades humanas e amistosas).

Range e Erthal(1988) e Beck(1982) citam como condição que aumenta a confiança, a auto-revelação apropriada por parte do terapeuta, que facilita a abertura e cooperação do cliente e diminui a distância entre ambos.

Outros fatores que contribuem para provocar confiança no cliente estão relacionados a certas habilidades do profissional, tais como a assertividade.

4.2 - Características do terapeuta que favorecem a sua interação com o cliente

De acordo com Beck (1982) e Kanfer e Phillips (1975), o calor humano, a empatia e a autenticidade ou espontaneidade constituem características do terapeuta que influenciam no sucesso do tratamento. Range e Erthal(1988) e Cautela e Upper (1978) também se referem ao terapeuta como reforçador social.

4.2.1 - Calor humano

Ao assumir uma atitude calorosa, ao demonstrar in

teresse pelo discurso do paciente com a preocupação de quem se importa, o terapeuta consegue diminuir algumas distorções cognitivas do cliente acerca de não ser aceito por ser um "fardo indesejável". Beck (1982) chama atenção para o fato de que o terapeuta deve atingir um equilíbrio adequado na demonstração de calor humano. A carência ou o excesso desta manifestação podem gerar sentimentos de rejeição ou interpretações de que o terapeuta "não é sincero" ou de que está sendo "iludido" pelo cliente.

4.2.2 - Empatia

Beck (1982) refere-se à empatia adequada como a capacidade do terapeuta de penetrar no mundo do paciente e experimentar a vida do mesmo modo que ele.

A empatia adequada torna o profissional menos propenso a reagir de modo anti-terapêutico, na medida em que se torna capaz de compreender como o paciente reage a certas situações. Ao mesmo tempo, a compreensão empática deve ser equilibrada por uma verificação objetiva das introspecções do paciente. Beck (1982) faz uma diferenciação entre simpatia e empatia. No primeiro caso, o terapeuta experimenta um sentimento de compaixão pelo sofrimento do cliente, compartilhando ativamente da sua dor. Este tipo de sentimento pode prejudicar o tratamento, uma vez que o envolvimento emocional impede o profissional de ajudar o seu paciente. No segundo caso, ocorrem um componente emocional (compreensão da base cognitiva dos sentimentos do paciente) e um componente intelectual (habilidade de desprender-se dos sentimentos do paciente).

Como foi citado anteriormente, a compreensão do que seja empatia varia entre os autores. Ellis (1979) refere-se a este ter

mo como a apreensão do estado mental de uma pessoa, sem experimentar o sentimento da mesma. O autor relata que o terapeuta é perfeitamente capaz de ver o comportamento do paciente sob o ponto de referência do mesmo, sem ter que sentir as perturbações do paciente ou acreditar nos seus pensamentos irracionais. A habilidade do profissional em compreender o funcionamento cognitivo do seu paciente sem acreditar ou se envolver é que o permite desempenhar satisfatoriamente uma estratégia de reestruturação cognitiva. Se, por outro lado, ocorrer um envolvimento emocional nesta compreensão, Ellis (1979) chama este acontecimento de simpatia.

Embora Beck considere um fator intelectual no estabelecimento de uma relação empática, ele enfatiza o vivenciar para compreender, admitindo a necessidade de um envolvimento emocional até certo ponto. A ausência do fator intelectual é que vai caracterizar a simpatia.

Ambos os autores atribuem à empatia uma condição desejável para uma boa relação terapêutica, ainda que difiram quanto ao significado do termo. Muitas pesquisas serão necessárias para que se chegue à uma conclusão objetiva sobre este assunto.

4.2.3 - Autenticidade ou espontaneidade

Mais importante do que ser autêntico consigo mesmo e com o paciente é saber comunicar esta autenticidade (Beck, 1982).

Range e Erthal (1988) referem-se, também, à autenticidade, combinada com assertividade e congruência.

"Certamente, deverá ser uma pessoa sensível às relações humanas para poder compreender o cliente tanto nas suas limita-

ções quanto nas suas potencialidades. Tem que ser também congruente em seu próprio comportamento de modo a fornecer um modelo adequado ao paciente. Havendo flexibilidade em sua atuação, consegue apreender o momento emocional de seu cliente e definir melhor a forma de conduzir as entrevistas. Ao contrário do que se pensa, a atenção do terapeuta não está sempre no cliente enquanto objeto terapêutico, mas com freqüência se dirige para os sentimentos que o cliente provoca nele. É através deste tipo de observação que o terapeuta pode perceber movimentos mais sutis do cliente, e como acontece a cada um de nós enquanto pessoas em nossas relações interpessoais." (pag. 47).

Buscando entender até que ponto os terapeutas eram responsáveis pelo sucesso do tratamento, Betz (1962) realizou uma série de estudos, localizando variáveis importantes, tais como: "estimulação do afeto", "gentileza" e "atenção" por parte do terapeuta. Com relação à espontaneidade, ele relata: "Médicos cujas atividades tendem a esperar e respeitar a espontaneidade, tendem a evocar a participação social de auto-respeito mais eficientemente do que aqueles cujas atitudes tendem a restringir a espontaneidade, por preferência a expectativas mais convencionais" . (ver Kanfer e Phillips, 1975, pag. 18).

4.2.4 - O terapeuta como reforçador social

Cautela e Upper (1978) afirmam que, quanto mais efetivo for o terapeuta como reforçador social para o seu cliente, mais efetivo ele será em mudar o comportamento deste cliente.

Range e Erthal (1988) atribuem ao papel reforçador do terapeuta dois objetivos: modelar e manter novos comportamentos no repertório do cliente e favorecer alívio ou desabafo oferecendo apoio ou

"colo".

Entretanto, o terapeuta como reforçador social não utiliza apenas o reforçamento positivo durante as sessões. Os comportamentos inadequados do cliente (ex.: compulsões obsessivas, discurso negativista do deprimido, etc.), não são reforçados positivamente pelo terapeuta e algumas vezes são criticados (Range e Erthal, 1988; Cautela e Upper, 1978).

De acordo com o que já foi citado anteriormente, o estudo da relação terapeuta-paciente é bastante recente na abordagem comportamental e tudo o que existe na litetatura a este respeito serve para orientar o terapeuta no sentido de lidar com os seus clientes de uma maneira geral. Com exceção de Beck (1982) que especifica os procedimentos adequados na relação com pacientes deprimidos e de alguns casos citados como exemplos por outros autores, não existe até o momento nenhum trabalho sobre relação terapêutica que especifique, detalhadamente, e de forma completa , quais as atitudes de um terapeuta mais adequadas para melhorar a sua relação com pacientes fóbicos, obsessivos, histéricos, etc.

Por outro lado, a formulação de problemas na terapia comportamental fornece dados a respeito do cliente, que permitem ao terapeuta estabelecer as suas atitudes mais adequadas que facilitarão a sua relação com aquele cliente específico.

Considerando os dados levantados até agora sobre ansiedade social e sobre relação terapêutica, não é difícil concluir que todas as variáveis relacionadas às atitudes e característi - cas do terapeuta são importantes no relacionamento com pacientes que manifestam temores interpessoais.

Sendo o terapeuta um modelo para o seu cliente (Range e Erthal,

1988) este deve possuir habilidades sociais no sentido de ensinar o paciente tímido a se relacionar. É na relação com o seu terapeuta que o cliente começará a reduzir a sua ansiedade social. Lidando assertivamente com ele, o paciente se sentirá mais apto a realizar isto com pessoas fora da sessão terapêutica. Recebendo elogios e elogiando, recebendo críticas construtivas e criticando durante as sessões, o cliente aprenderá a se relacionar expressando honestamente os seus sentimentos. A relação terapeuta-paciente corresponde à aplicação prática do que o ansioso social irá aprender na terapia, sendo, portanto, a mais importante técnica de modificação.

5 - O TRATAMENTO DA ANSIEDADE SOCIAL EM GRUPO

Foram apresentados, no capítulo 3, consistentes argumentos a respeito da eficácia da terapia comportamental individual no tratamento da ansiedade social. O Capítulo 4 dá ênfase à relação terapeuta-paciente, na medida em que esta constitui a mais importante técnica de modificação de problemas interpessoais.

Embora seja reconhecida a evidência da efetividade destes procedimentos terapêuticos individuais, cabem aqui algumas considerações pertinentes, que interferem na demora do tratamento.

Em primeiro lugar, a relação que o cliente estabelece com o terapeuta não corresponde completamente à que ele estabelece com o mundo ao seu redor. Mesmo que alguns obstáculos possam ser vencidos no contato com o terapeuta, até que o paciente tímido possa levar estes ganhos para a sua vida fora do consultório, isto exigirá um tempo relativamente longo. Além disso, o clínico não representa para seu cliente uma figura tão ameaçadora quanto as pessoas do seu convívio social. Isto impede que o segundo vença dificuldades reais dentro do consultório.

Estas constatações têm levado vários autores a pesquisarem a respeito dos efeitos do tratamento em grupo nas dificuldades interpessoais.

Este capítulo irá abordar as vantagens do tratamento em grupo, especificando as técnicas grupais mais utilizadas. Em seguida, discorrerá sobre alguns aspectos importantes para o sucesso do trabalho de grupo tais como a determinação de normas, o contrato terapêutico e o papel do líder.

Finalmente, será apresentado o procedimento terapêutico

utilizado no presente estudo.

5.1 - Vantagens do Tratamento da Ansiedade Social em Grupo

Rose e Le Croy (1985) criaram um modelo de grupo para estimular a competência social em crianças. Estes autores enfatizam a necessidade de interações sociais para o desenvolvimento saudável na infância e criticam os programas elaborados para aumentar habilidades sociais em crianças, que não são realizados em grupo.

As vantagens do treinamento em grupo para aumentar a competência social infantil apontadas por Rose e Le Croy (1985) incluem:

I- Oportunidade para aprender e praticar vários comportamentos, na medida em que as mudanças constantes das demandas do grupo irão exigir novas respostas.

II- Aprendizagem de várias habilidades sociais que facilitam interação mais efetiva com outros membros do grupo. As habilidades de comunicação e socialização compreendem: iniciar uma conversação, emprestar coisas, lidar com o conflito e expressar sentimentos.

III- Possibilidades maiores de simulação do mundo real da criança.

IV- Aprendizagem de dar e receber feedbacks e conselhos, culminando no desenvolvimento de habilidades importantes para liderança.

V- Maior aprendizagem de auto-ajuda, a partir da ajuda às outras crianças.

Hazel, Sherman, Schumaker e Sheldon (1985) justificam a

necessidade de treinamento em grupo de habilidades sociais em adolescentes a partir de pressupostos básicos: (pags. 204 e 205).

a) Habilidades sociais são comportamentos aprendidos.

b) Por uma série de razões, um grande número de adolescentes falhou na aquisição destes comportamentos.

c) A falta de habilidades sociais gera problemas no dia a dia, uma vez que as interações sociais tomam grande parte do tempo. Além disso, a obtenção de recompensas desejadas depende de habilidades sociais apropriadas.

Outros aspectos positivos do tratamento em grupo citados por Upper e Ross (1977), Trower, Bryant e Arguile (1978) e Sausbury (1979) são: (ver Hazel, Sherman, Schumaker e Sheldon, 1985).

I- Economia de tempo para o terapeuta.

II- Maior variedade de ensaio comportamental com um número maior de pessoas.

III- Generalização mais rápida, consequente da variedade de estímulos fornecida pelos participantes, além da prática ocorrer no contexto social de grupo.

IV- Maior quantidade de feedback efetivo dos desempenhos / (reforçamento social).

V- Maior experiência com um maior número de situações problema e mais suporte para a solução destes problemas.

VI- Maior disponibilidade de modelos múltiplos.

VII- Intensificação da aprendizagem de discriminação.

VIII- Maior generalização de novos comportamentos de enfrentamento para uma faixa mais ampla de situações.

Por outro lado, o tratamento em grupo pode gerar também desvantagens. Lieberman (1975) afirma que nas terapias de grupo o líder nem sempre pode assumir o controle da situação. O fato de comportamentos apropriados ou inapropriados serem reforçados ou não, depende mais das normas do grupo do que do trabalho do líder. (Ver Hazel, Sherman, Schumaker e Sheldon, 1985).

Kelly (1982) também apresenta um problema no treino de habilidades sociais em grupo, quando os componentes diferem muito em suas potencialidades na aquisição de habilidades. Os indivíduos de aprendizagem rápida podem ficar desestimulados com um esquema apropriado para os de aprendizagem lenta. Se ocorrer um esquema mais rápido, os mais lentos podem se frustrar. (citado em Hazel, Sherman, Schumaker e Sheldon, 1985).

Outras desvantagens do treinamento em grupo citadas por Trower et al (1978) são: (ver Hazel, Sherman, Schumaker e Sheldon, 1985).

- Os membros do grupo podem apresentar uma modelação pobre ou inapropriada.

- Perda de flexibilidade em se lidar com problemas individuais.

De Lange, Lanham e Barton (1981), Hazel, Schumaker, Sherman e Sheldon - Wildgen (1981) e Rotheram (1980) apontam alguns comportamentos problemáticos que podem ocorrer no ambiente de grupo, tais como (citados em Hazel, Sherman, Schumaker e Sheldon,1985): "falta de atenção, comportamentos disruptivos, não responsividade, críticas inapropriadas, pressão de colegas para agir inapropriadamente e altas taxas de desistência". (pag. 204).

Considerando que os procedimentos terapêuticos de grupo

são recentes na abordagem comportamental, as desvantagens citadas por estes autores constituem obstáculos naturais que podem ser vencidos na medida em que prosseguem as pesquisas neste campo.

A afirmação de Lieberman sobre a possibilidade de o líder perder o controle do grupo torna-se questionável a partir das sugestões de Rose e Le Croy (1985) a respeito de normas estabelecidas para controlar o comportamento do grupo (acordos informais entre os membros, sobre modos preferidos de ação e interação no grupo). Quando estas normas são introduzidas e mantidas pelo líder, o grupo pressiona os membros desviantes no sentido de agir adequadamente (não faltar, reforçar os colegas que trabalham bem, analizar os problemas sistematicamente e ajudar os outros componentes a achar soluções para os seus problemas). Deste modo, o grupo poderá criar suas próprias normas somente se o líder não as estabelecer previamente.

Outros fatores que contribuem para o sucesso do tratamento em grupo serão apresentados no final deste capítulo.

5.2 - Técnicas de Grupo

Emmelkamp e Kuipers (1985) distinguem três modelos que enfatizam aspectos diferentes no funcionamento da ansiedade social. São eles o modelo de deficit em habilidades, o modelo de ansiedade condicionada e o modelo de inibição cognitiva.

5.2.1 - Modelo de deficit em habilidades

De acordo com este modelo, a ansiedade social resulta de uma carência de habilidades interpessoais. Esta deficiência é que vai gerar ansiedade no contato com outras pes-

soas. Neste caso, o objetivo do tratamento é o desenvolvimento de habilidades sociais.

Goldsmith e Mc Fall (1975) desenvolveram um programa empírico de treinamento de habilidades interpessoais para pacientes psiquiátricos masculinos, que foi experimentalmente avaliado. Eles chegaram a criar uma lista de 55 situações problemas, tais como: conversar com uma pessoa pela primeira vez, namorar, fazer amigos, relacionar-se com pessoas inteligentes, atraentes, etc. Em seguida, foram selecionadas 25 situações, de acordo com as necessidades do grupo. Cada componente do grupo treinava alternativas de respostas na presença do experimentador, que dava feedback imediato. Os resultados desta pesquisa foram positivos. Os pacientes demonstraram uma melhora significativamente maior em suas habilidades para conduzir situações interpessoais difíceis do que os pacientes que receberam pseudoterapia. Houve também evidências de generalização do tratamento.

Além do ensaio comportamental, a técnica de modelação de Bandura também é utilizada no treinamento de habilidades sociais.

Rathus (1973) realizou um estudo com vinte e oito estudantes universitários que receberam treinamento assertivo com a utilização de videotapes de modelos assertivos. Estes indivíduos aprenderam a reclamar pelos seus direitos, expressar seus gostos e desagrados, manifestar interesse por pessoas que pretendessem conhecer melhor, discordar, questionar, relatar experiências bem sucedidas, receber elogios, evitar justificar opiniões próprias e olhar nos olhos das outras pessoas. Os resultados comprovaram a eficácia da técnica no grupo experimental em comparação com o grupo de controle. Os indivíduos que foram treinados demonstraram redução em seus medos de conflitos sociais e medos em geral.

Argyle et Alii (1974) chegaram a conclusões importantes ao treinarem habilidades sociais em pacientes individuais e em grupo. O treinamento consistiu de expressões verbais e não verbais, através de jogos de papéis. Foi também utilizada a técnica de modelação de Bandura. Os resultados mostraram a existência de vantagens e desvantagens do treinamento em grupo sobre o individual. As vantagens foram: 1) Os componentes do grupo treinam em situações mais semelhantes às reais e isto favorece a generalização; 2) O treinamento em grupo é mais econômico; 3) Os pacientes tendem a se sentir menos intimidados num grupo. As desvantagens foram: 1) Os membros frequentemente mostram comportamentos deturpados e fornecem maus modelos para os outros. Eles podem também desenvolver habilidades para condutas anormais ao invés de comportamentos normais; 2) Há uma perda de flexibilidade necessária para a concentração sobre os problemas individuais.

Falloon, Lindley, Mc Donald e Marks (1977) utilizaram a combinação da técnica de modelação com o treinamento através de jogos de papéis, com o objetivo de avaliar o efeito destes procedimentos na coesão do grupo. Estes autores encontraram que o treinamento de habilidades sociais parece aumentar a coesão grupal. Além disso, observou-se que a atração para o líder e a atração para o grupo foram significativamente relacionadas ao aumento da auto-imagem após o tratamento. A atração para o líder e não atração para o grupo foi relacionada à redução da ansiedade à crítica. Os sujeitos que abandonaram o tratamento mostraram menos atração para o grupo e para os coordenadores do que os que completaram todas as sessões. (citado em Emmelkamp e Kuipers, 1985).

Van Son (1978) realizou um estudo comparativo entre o

treinamento de habilidades sociais aplicado em grupo e individualmente. Os resultados mostraram uma melhora mais acentuada entre os pacientes que foram tratados em grupo, embora a diferença entre as duas condições não apresentasse estatística significante. (Ver Emmelkamp e Kuipers, 1985).

5.2.2 - Modelo de Ansiedade Condicionada

Quando os pacientes possuem habilidades sociais adequadas mas ainda assim são inibidos em situações interpessoais pela evitação condicionada desta situações, o foco do tratamento é dirigido à redução direta da ansiedade e da evitação. A técnica utilizada nestes casos é a exposição ao vivo de situações sociais.

Para que um ansioso social possa aprender a enfrentar situações que envolvam a sua interação com outras pessoas no seu dia-a-dia, ele deverá primeiro enfrentá-las dentro do grupo terapêutico. Assim, a técnica de exposição ao vivo consiste de um enfrentamento inicial, através de ensaios comportamentais repetidos de situações interpessoais dentro do grupo. Após os componentes dessensibilizarem a ansiedade social no confronto com os outros membros do grupo, eles deverão realizar tarefas na situação de vida real, que consistem na aplicação das situações ensaiadas em circunstâncias reais.

Falloon, Lloyd e Harpin (1981) utilizaram a técnica de exposição ao vivo com 16 pacientes externos ansiosos sociais. Estes pacientes realizaram ensaio comportamental de situações-problema dentro da clínica e depois ensaiavam repetidamente na situação de vida real. Este programa teve a duração de 4 semanas e os resultados foram semelhantes aqueles encontrados com o treina

mento em habilidades sociais realizado em 10 semanas (citado em Emmelkamp e Kuipers, 1985).

Emmelkamp, Mersch, Vissia e Vander Helm (1985) compararam os efeitos da exposição ao vivo com a terapia racional emotiva e o treinamento auto-instrucional, utilizando 34 pacientes externos ansiosos sociais, divididos em grupos de 4 a 7 indivíduos. O tratamento durou 6 sessões, com 3 horas de duração para cada sessão. Nas sessões de exposição ao vivo, cada paciente tinha que se confrontar com os seus medos específicos na situação de grupo. Uma outra parte do tratamento consistia de exposição ao vivo em situações reais no centro da cidade, onde os pacientes realizavam atribuições difíceis, tais como: questionar vendedores, falar com estranhos, visitar bares, etc. Neste experimento, o jogo de papéis não foi aplicado. Os resultados mostraram ser a exposição ao vivo tão efetiva quanto os tratamentos cognitivos. Na medida fisiológica durante uma interação social, a exposição ao vivo mostrou melhores efeitos do que a intervenção cognitiva (ver Emmelkamp e Kuipers, 1985).

Comparar os efeitos da exposição ao vivo a outros procedimentos de grupo não é tarefa fácil, uma vez que a exposição também acontece obrigatoriamente na utilização de técnicas como jogo de papéis, tratamento cognitivo, e qualquer outra intervenção em grupo. Deste modo, esta técnica constitui parte integral do tratamento em grupo (Emmelkamp e Kuipers, 1985).

5.2.3 - Modelo de inibição cognitiva

Os autores que enfatizam as crenças irracionais como fator responsável pela ansiedade social focalizam o tratamento cognitivo como a técnica principal de grupo na resolu

ção das dificuldades interpessoais.

Wolpe e Fodor (1977) encontraram que o procedimento combinado de terapia cognitiva com treinamento em habilidades sociais mostrou ser mais eficaz do que ambos os procedimentos utilizados isoladamente (ver Emmelkamp e Kuipers, 1985).

Frisch et alii (1982) investigaram o efeito do treino em reestruturação cognitiva combinado com treinamento em habilidades sociais. Esta combinação de técnicas foi comparada com o treinamento em habilidades sociais e com um grupo de controle. Estes autores encontraram que em ambos os grupos de tratamento ativo houve um aumento de habilidades sociais, embora as medidas de ansiedade não apresentassem melhoras significativas (citado em Emmelkamp e Kuipers, 1985).

De acordo com os experimentos apresentados, a combinação de técnicas aplicadas em grupo parece proporcionar resultados mais efetivos no tratamento da ansiedade social.

Rose e Le Croy (1985) utilizam uma abordagem multimodal comportamental de grupo em crianças, com o objetivo de aumentar a competência social. Neste procedimento são usadas técnicas cognitivo-comportamentais envolvendo: a) treino de habilidades sociais, b) treino de resolução de problemas e c) reestruturação cognitiva.

a) treino de habilidades sociais - são selecionadas habilidades sociais específicas para serem ensinadas. Esta seleção depende da avaliação específica das crianças com referência ao grupo e com objetivos mais gerais para o grupo: Exemplos de habilidades sociais encontradas foram: sorrir, cumprimentar, as-

sociar-se a um grupo, convidar, conversar, cooperar, elogiar , brincar e aparência física. Cada uma destas habilidades é subdividida em etapas mais específicas para facilitar a aprendizagem das crianças, após o que são ensinadas habilidades sociais mais complexas como um todo. Abaixo será apresentado um procedimento padrão para ensinar habilidades sociais: (Rose e Le Croy, 1985) .

I - "O líder explica a habilidade para o grupo, que discute sua utilidade.

II - O líder dá instruções de como se usar a habilidade (revisa os passos no desempenho bem sucedido da habilidade).

III - O líder ou um membro experiente do grupo modela a habilidade. O líder enfatiza os importantes aspectos de como desempenhar a habilidade.

IV - Os membros, um de cada vez, ensaiam comportamentalmente a habilidade. Para algumas crianças, o treino ou estimulação pode ser usado. Para crianças mais hábeis, não há necessidade disto.

V - Após cada ensaio, os outros membros e o líder dão feedback, incluindo reforçamento por aproximações do controle da habilidade e dão sugestões críticas para um melhor desempenho.

VI - Normalmente, um novo ensaio segue-se, no qual o feedback é incorporado.

VII - Finalmente, um trabalho para casa para desempenhar a habilidade no mundo real pode ser estruturado com o grupo e as crianças são instruidas para fazê-lo. Contingências com crianças pequenas (ex.: pontos ganhos e trocados por um passeio ao campo no fim do grupo) são sempre associados com a feitura do trabalho

de casa." (pag. 179).

Com grupos mais experientes não há necessidade de uma subdivisão de habilidades. Neste caso, o grupo pode discutir uma situação específica e deduzir objetivos apropriados, com estratégias para a aquisição destes objetivos. A situação é modelada e ensaiada e a criança alvo recebe feedback dos outros componentes. As situações-problema discutidas no grupo correspondem a situações reais da vida das crianças (Rose e Le Croy, 1985).

b) Treino de resolução de problemas - Os passos básicos para ensinar crianças habilidades na resolução de problemas são: definir o problema, gerar alternativas para resolução do problema, avaliar as alternativas, tomar uma decisão e implementar a solução (Rose e Le Croy, 1985).

Primeiramente, o líder oferece ao grupo um problema que seja relevante para a maioria dos membros do grupo. As crianças aprendem o critério para identificar situações que tenham relação com a resolução de problemas. Posteriormente as crianças são solicitadas a trazerem os seus próprios problemas, que serão avaliados pelo grupo de acordo com os critérios aprendidos.

Quando uma criança expõe um problema, os colegas fazem perguntas sobre quem está envolvido neste problema ou como estas pessoas são afetadas. Os componentes do grupo também são encoraja - dos a entender como as pessoas envolvidas no problema podem estar se sentindo.

Após definido o problema, os membros do grupo deverão apresentar pelo menos uma alternativa. Neste momento , nenhum feedback deve ser dado, para evitar que as pessoas fiquem inibidas em propor soluções. Além das alternativas, são também estuda

das as possíveis consequências. O líder encoraja o grupo a avaliar alternativas positivas e negativas. Isto possibilita as crianças de se exporem às consequências variadas das alternativas propostas pelo grupo.

A tomada de decisão sobre a melhor alternativa é feita geralmente pela criança que expôs o problema. As soluções são modeladas pelos outros membros do grupo, após o que a criança irá dramatizar a situação utilizando as estratégias comportamentais escolhidas. Todos os outros componentes dão feedback e a criança é orientada pelo líder no sentido de colocar em prática a alternativa escolhida. Normalmente são formuladas perguntas do tipo : "Quando você vai por em prática a solução? Onde vai ser? Quem vai estar presente na hora?" Estas perguntas são feitas no sentido de organizar a tarefa e de aumentar a probabilidade de que a decisão será posta em prática. Os resultados da tarefa são trazidos para o grupo para serem comemorados e reforçados. (Rose e Le Croy, 1985).

c) Reestruturação Cognitiva - Os membros do grupo aprendem primeiramente a identificar afirmações auto-derrotistas e depois a substitui-las por auto-afirmações novas e mais funcionais. As cognições são ensinadas mais ou menos do mesmo modo que no treino das habilidades sociais.

Em uma fase inicial, cada criança escolhe uma situação stressante para ser discutida. Após a situação ser relatada para o grupo, os outros componentes fazem perguntas ao expositor para identificarem as suas cognições disfuncionais. Os pensamentos da criança identificados pelo grupo são discutidos, avaliados e e substituídos por outras que possam mobilizar uma ação produti-

va. O líder e os outros membros propoêm afirmações alternativas, que serão avaliadas e selecionadas pela criança. Posteriormente estas cognições são modeladas em voz alta pelo líder ou por um membro do grupo, ao mesmo tempo em que a tarefa de desempenho é realizada. Finalmente, a criança irá realizar a tarefa, sussurrando as afirmações auto-instrucionais para si mesma (Rose e Le Croy, 1985).

Em seu modelo de tempo limitado de tratamento em grupo, Sundel e Sundel (1985) ensinam aos componentes um método de resolução de problemas, que inclui as seguintes etapas: "a) uma definição clara do problema, indicando respostas indesejáveis, seus antecedentes e consequências e b) medidas da força dos comportamentos-problema, usando classificação de respostas ou dados de duração". (Sundel e Sundel, 1985, pag. 9).

O modelo é chamado de RAC-S (Sundel e Sundel, 1982) e inclui os seguintes componentes: a) resposta, b) antecedentes, c) consequências e d) força. (citado em Sundel e Sundel,1985). Como ilustração do funcionamento deste modelo, os autores descrevem o seguinte exemplo: (Sundel e Sundel, 1985).

"John reclamou que sua esposa não o compreendia. O terapeuta e os membros do grupo pediram a ele que descrevesse um incidente típico entre ele e sua esposa, indicando o que cada um deles falou e fez. Com base nos exemplos dele o grupo ajudou - o a identificar as suas respostas indesejáveis (R), seus antecedentes (A), e suas consequências (C).

Uma das respostas problemáticas de John era que, ele continuava a ler o jornal (R) quando sua esposa lhe perguntava como tinha sido o seu dia(b). Como resultado, ela gritava com ele (c)

até que ele parasse de ler o jornal. Foi dada uma atribuição a ele de anotar o número e duração destes incidentes, durante a semana seguinte (b)". (pags. 9 e 10).

Para que as informações da RAC-S sejam obtidas de forma mais completa, o cliente dramatiza a situação-problema. Isto permite que o grupo avalie as discrepâncias existentes entre a descrição do cliente acerca do seu comportamento e outros comportamentos do cliente observados pelo grupo que não haviam sido relatados. No exemplo de John, o grupo observou que ele ficava de cara amarrada e quando parava de ler o jornal, ele o jogava no chão.

Através da dramatização (Redecretação Comportamental) são identificadas as cadeias de comportamentos-problema. No caso de John, o que deflagrava os gritos da mulher era o fato de ele fazer cara amarrada (R). "Os gritos serviam como reforço (C) para a sua cara amarrada e como um estímulo discriminatório (S^D) para que ele jogasse o jornal no chão." (Sundel e Sundel, 1985, pag. 10).

Após serem coletados os dados que determinam a RAC-S, são estabelecidos os objetivos, inicialmente em termos vagos e depois em componentes específicos que incluam as respostas desejáveis (R), antecedentes (A) e consequências (C). Cada membro do grupo é orientado quanto ao desempenho dos objetivos e realizam a tarefa em grupo, recebendo feedback do terapeuta e dos outros membros. Isto permite a existência de muitos modelos dentro do grupo, que irão mostrar formas variadas de comportamentos adequados para a mesms situação.

Quando os membros conseguem realizar comportamentos desejáveis na situação de grupo, eles passam a receber atribuições

para serem postas em prática na vida real (Sundel e Sundel,1985).

5.3 - Aspectos importantes na eficácia do tratamento em grupo

A ênfase dada à utilização de técnicas em grupo na terapia comportamental tem levado os terapeutas a ignorar certos fatores que muitas vezes são determinantes da efetividade do tratamento em grupo. Estes fatores englobam: o papel do líder, a utilização de um contrato e o estabelecimento de normas para o grupo (Belfer e Levendusky, 1985).

5.3.1 - O papel do líder

De acordo com Yalom (1975), a coesão grupal constitui uma precondição para a eficácia do tratamento em grupo. Na medida em que o grupo se torna atraente para os seus membros, o valor do reforçamento grupal será aumentado. Além disso, um ambiente seguro promove confiança entre os membros no sentido de compartilhar os seus problemas mais íntimos. A coesão grupal como fator curativo é comparável à relação terapêutica no tratamento individual (citado em Belfer e Levendusky, 1985).

O líder desempenha um papel importante na coesividade do grupo e o modo como ele estabelece a sua comunicação com os membros influencia no funcionamento grupal.

Belfer e Levendusky (1985) criticam o estilo dos terapeutas comportamentais de grupo que utilizam um papel de especialista-professor-treinador. Este procedimento inibe a expressão de afeto por parte dos membros. Perceber o terapeuta como extremamente poderoso geralmente leva a uma fragilidade dos membros, tornando o trabalho do líder mais difícil.

Deste modo, o papel do líder deve variar em função das situações de grupo. Na medida em que os membros precisam enfrentar dificuldades, ele funciona como um especialista, encorajando,mostrando o quanto é importante correr riscos, etc. Em outros momentos, o líder estimula os componentes do grupo a participarem ativamente das sessões no sentido de analisarem e buscarem soluções para os problemas dos colegas (Belfer e Levendusky, 1985).

5.3.2 - O contrato

O contrato costuma ser estabelecido individualmente com os membros do grupo durante a entrevista inicial . Posteriormente,é repetido na primeira sessão em grupo (Sundel e Sundel, 1985 e Belfer e Levendusky, 1985).

Os ítens do contrato referem-se ao que se espera de cada membro do grupo no sentido de otimizar o tratamento. Estes ítens incluem desde pontualidade, assiduidade, comportamento ético, até participação no sentido de auxiliar os outros componentes na solução de problemas.

Sundel e Sundel (1985) citam uma lista de normas estabelecidas no modelo de tratamento em grupo de tempo limitado (pags . 4 e 5):

a - Espera-se que os membros compareçam a todas as sessões como uma condição para o tratamento. Cada sessão constrói o conhecimento e habilidades desenvolvidas nas sessões anteriores. É explicado aos componentes do grupo que a frequência demonstra uma confiança para mudar, constituindo um pré-requisito à obtenção de metas.

b - As discussões de grupo relacionadas aos problemas dos clientes são consideradas confidenciais dentro do grupo.

c - A socialização entre os membros fora do grupo é impedida para evitar discussões das sessões fora do grupo e consequentes alianças que possam prejudicar a participação nos objetivos do grupo. Em alguns grupos esta regra pode ser anulada, de modo a facilitar a sociabilidade entre os componentes.

d - O foco do tratamento localiza-se mais em condições presentes do que na interpretação de experiências passadas.

e - Os membros são solicitados a realizar atribuições fora do grupo, de modo a facilitar a generalização.

Belfer e Levendusky (1985) estabelecem contratos mais detalhados no tratamento em grupo de longa duração em agorafóbicos (pag. 128).

1) A finalidade do grupo é ajudar os membros a superar as dificuldades associadas com a agorafobia. Isto inclui o desconforto da ansiedade agorafóbica, assim como a restrição de uma vida associada à evitação agorafóbica.

2) O grupo encontra-se semanalmente em .... (dia), às ... horas.

3) Um dos primeiros objetivos do grupo é ajudar os membros a superarem evitações associadas à ansiedade, sendo a frequência às sessões fundamental. A evitação às sessões é considerada problemática (exceto férias e doenças).

4) Uma das finalidades do grupo é promover um ambiente seguro onde os membros possam se desenvolver. Eles podem esperar receber apoio dos seus colegas de grupo assim como devem apoiar os demais.

5) Ao entrarem no grupo, os membros são convidados a faze

rem uma experiência de 4 semanas para poderem ficar no grupo. Começar um novo grupo pode trazer ansiedade e nós queremos promover uma oportunidade para que o membro se beneficie a partir do grupo (o que pode levar muitas semanas).

6) Caso um membro saia do grupo, ele deverá comunicar sua saída com pelo menos 4 semanas de antecedência. Isto facilita um planejamento para o membro que sai e permite aos outros lidarem com a despedida.

7) O caráter de confidencialidade é essencial para o grupo para que este possa transmitir segurança aos membros no sentido de trocarem experiências e sentimentos.

8) Serão negociadas, a cada semana, tarefas para casa entre cada membro, líder e outros membros. A realização deste trabalho é importante para a superação da agorafobia.

9) Abertura, honestidade e respeito pelos outros membros são importantes para o grupo. Dar e receber um feedback honesto é uma parte importante da experiência do grupo.

10) A socialização fora das sessões entre membros deve ser trazida para o grupo.

11) O grupo se encontra 3 horas por semana. A primeira hora é utilizada para ver como os membros estão indo. A segunda hora é utilizada para exposições de situações e sentimentos que causem ansiedade. Isto pode ser feito com o auxílio do líder, de um outro membro ou sozinho. A última hora é utilizada para rever experiências e negociar as tarefas do casa.

5.3.3 - Normas do grupo

Yalom (1975) define as normas do grupo como

"regras comportamentais que guiam a interação do grupo" (citado em Belfer e Levendusky, 1985, pag. 129). Estas normas podem ser previamente estabelecidas pelo líder ou podem surgir no desenrolar do processo terapêutico.

A maioria das normas correspondem à aplicação das cláusulas do contrato. Isto significa que, quando um membro se atraza ou falta, os outros componentes comentam sobre isto e fazem pressão para que sejam respeitadas as regras do grupo (Belfer e Levendusky, 1985).

O papel do líder no cumprimento das normas do grupo é de grande importância. Para isto, ele pode utilizar reforço verbal quando os membros respeitam o contrato ao realizarem tarefas de casa, ao participarem nas soluções de problemas, etc. (Belfer e Levendusky, 1985).

De acordo com Yalom (1975), o terapeuta de grupo deve construir um sistema social terapêutico através do estabelecimento de normas terapêuticas. A atitude do líder deve favorecer a que o grupo seja o seu próprio agente de mudança, assumindo as responsabilidades pelo que acontece dentro do grupo. Um meio de viabilizar a responsabilidade assumida pelo grupo é pedir que todos avaliem a efetividade da sessão, comentando o que foi de maior ajuda.

Outras atribuições do líder, tais como encorajar o comparecimento dos membros, enfatizar que os outros componentes necessitam da presença daquele que faltou, etc., são de grande ajuda na valorização do grupo. (ver Belfer e Levendusky, 1985).

As normas grupais variam de acordo com as necessidades clínicas de cada grupo. A auto-abertura, expressão de afeto, pas

sagem de poder ao grupo, responsabilidade do grupo e foco na tarefa devem estar unidas às outras normas específicas a cada grupo (citado em Belfer e Levendusky, 1985).

5.4 - Maratona de Assertividade

Os procedimentos terapêuticos até agora realizados em grupo dentro da abordagem comportamental foram de grande utilidade na construção do programa de tratamento em grupo da ansiedade social, aplicado nesta pesquisa. Este programa foi chamado de MARATONA DE ASSERTIVIDADE por ter sido aplicado durante dois dias consecutivos, com o tempo médio de duração de 10 horas para cada dia.

O tratamento envolveu técnicas de habilidades sociais, de coesão grupal e de exposição ao vivo, sendo utilizado o relaxamento como técnica auxiliar no controle de ansiedade. Deste modo, todos os três níveis de reação (cognitivo, autonômico e motor) foram devidamente trabalhados.

Os objetivos principais estabelecidos neste programa foram: a) aumentar a auto-confiança dos membros do grupo através do desenvolvimento de habilidades sociais e do enfrentamento de situações difíceis, em oposição à evitação e à fuga; b) reduzir a ansiedade social.

Embora as técnicas fossem programadas antecipadamente, de acordo com as necessidades do grupo, houve certa flexibilidade / por parte do líder na aplicação destas técnicas para não tornar o grupo dependente. Por outro lado, esta flexibilidade não desviou o funcionamento do grupo de suas metas, uma vez que as intervenções feitas pelo terapeuta impediram a ocorrência destes desvios.

As normas e objetivos do grupo foram claramente definidos antes e no início da maratona (ver capítulo 6). O comportamento do líder variou em função de cada momento vivido na situação de grupo: ora atuando ativamente, encorajando os membros a enfrentarem situações difíceis, dando feedbacks, propondo tarefas, etc., ora favorecendo que os componentes interagissem uns com os outros para facilitar a coesão grupal e o aumento da auto - estima dos membros.

Além de entender que a atitude assertiva corresponde à forma mais viável de aumentar a auto-confiança e a comunicação entre as pessoas, cada participante era encorajado a constatar a sua capacidade de agir assertivamente dentro do grupo, favorecendo com isto a generalização para as situações de vida real.

As técnicas terapêuticas foram planejadas dentro de uma ordem hierárquica de dificuldades de modo a que o grupo fosse enfrentando situações difíceis de uma forma gradualmente crescente. Primeiro os componentes se entrosavam uns com os outros, após passarem por exercícios de relaxamento. Depois tomavam conhecimento das dificuldades de cada membro. As técnicas de treinamento em habilidades sociais foram pautadas, inicialmente, em situações artificiais. Posteriormente, os membros do grupo deveriam revelar dificuldades reais e, em seguida, dramatizar estas dificuldades tentando se expressar assertivamente. Cada componente também deveria cumprir uma tarefa no sentido de enfrentar uma dificuldade real fora da situação de grupo.

A escolha do procedimento terapêutico sob a forma de maratona foi devida ao fato de que os componentes se entrosariam mais rapidamente uns com os outros após conviverem durante algumas ho

ras seguidas. Além disso, o trabalho realizado em um fim-de- semana seria mais viável no que respeita à disponibilidade dos membros na participação da pesquisa.

Deste modo, foram formuladas as seguintes hipóteses:

H_1 - O PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO É EFICAZ NA REDUÇÃO DA ANSIEDADE SOCIAL.

H_2 - O PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO É EFICAZ NO SENTIDO DE AUMENTAR AS RESPOSTAS ASSERTIVAS.

H_3 - O EFEITO DO PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO SE MANTÉM ATÉ O FOLLOW-UP.

6 - METODOLOGIA

De acordo com as definições citadas anteriormente (Shaw , 1979; Emmelkamp e Kuipers, 1985; Zimbardo, 1972; Bruch e Meyer , 1988 e DSM-III, 1978), foram extraídas cinco condições necessárias à identificação da ansiedade social:

1ª - Presença de ansiedade - a ansiedade diante de situações interpessoais tais como: refeições, reuniões, entrevistas informais, travar conversações, ser visto fazendo algo, negar , expressar sentimentos, etc., corresponde a uma reação simpática do sistema nervoso autônomo e se manifesta através de sudorese , tremor, secura da boca, taquicardia, rigidez muscular, rubor , etc. (Wolpe, 1981; Argyle, 1974).

2ª - Auto-exigência elevada - metas ambiciosas irrealistas que, quando em discrepância com auto-imagem negativa, aumentam a ativação emocional, contribuindo para os sentimentos de insegurança (Bruch e Meyer, 1988). Argyle (1974) também faz referência ao eu-ideal que, quando em contraste com a realidade, dará origem a conflitos e tensões.

3ª - Pensamentos irracionais - compreendem todos os valores auto-derrotistas adquiridos pelo indivíduo, que irão dificultar a ocorrência de experiências bem sucedidas. Alguns exemplos destes pensamentos, bem como de valores sociais inadequados já foram citados anteriormente (Ellis, 1979; Beck, 1983 e Zimbardo, 1972).

4ª - Deficit em habilidades sociais - Argyle (1974) cita algumas atitudes consideradas como habilidades sociais. São elas:

manter conversa informal, lidar com pessoas que falam demais ou de menos, interessar-se por outra pessoa e descobrir a respeito dela, participar de decisão em grupo e proferir palestra. Além destas, alguns comportamentos não verbais são considerados: tom de voz, expressão facial e postura corporal adequados. As respostas assertivas correspondem também a habilidades sociais (Emmelkamp e Kuipers, 1987). Os indivíduos com deficit em habilidades sociais manifestam dificuldades em pelo menos uma destas atitudes.

5º - Comportamentos de fuga ou de evitação - Os comportamentos de evitar ou fugir de situações sociais ou de confrontos interpessoais estão também presentes na ansiedade social e constituem um fator de manutenção de problema, reforçando os sentimentos de insegurança. (Bruch e Meyer, 1988).

Todas estas cinco condições se enquadram nos três níveis de reação citados anteriormente. A ansiedade corresponde à reação autonômica. A auto-exigência elevada e os pensamentos irracionais são considerados reações cognitivas e os deficits em habilidades sociais, bem como as atitudes de fuga ou evitação constituem as reações motoras. Evidentemente, a presença destas cinco condições não é obrigatória em todas as situações interpessoais vividas por uma pessoa. Deste modo, cada indivíduo apresentará todas elas em frequência e intensidade diferentes.

Estas cinco condições também foram identificadas nas medidas e na avaliação empírica, bem como o nível de ansiedade social encontrado em cada sujeito.

6.1 - Medidas

Foram utilizados como medidas o Inventário

Willoughby e o Teste Lanna de Assertividade (ver anexo).

6.1.1 - Inventário Willoughby

A medida de ansiedade social foi obtida através do Inventário Willoughby (1932, 1934). Trata-se de um questionário que revela o nível de ansiedade desadaptativa relacionada principalmente com situações sociais e o nível de sensibilidades emocionais diversas, porém não tão diferentes da ansiedade (Wolpe, 1981).

Este inventário é composto de 25 perguntas, onde cada uma delas é respondida dentro de uma frequência de zero a cinco pontos. O zero é negativo e os números restantes são progressivamente positivos. A resposta positiva a cada pergunta dos números 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 22 e 23 significa pontagem para reações neuróticas condicionadas (ansiedade desadaptativa). Os números 2, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 17, 21, 24 e 25 correspondem à sensibilidade emocional, cujo nível é medido pelas respostas positivas a cada ítem. (Wolpe, 1981).

6.1.2 - Teste Lanna de Assertividade

Para a avaliação da assertividade foi utilizado o Teste Lanna de Assertividade, que corresponde à uma adaptação do teste de frustração Rozenzweig, validado por Geraldo Lanna e atualmente em processo de padronização.

O teste consiste de 24 pranchas contendo situações interpessoais provocadoras de emoções de raiva, medo ou mesmo de indiferença. As respostas são avaliadas de acordo com suas características (passivas, assertivas e agressivas) em combinação com os sentimentos experimentados em cada situação.

Os desenhos das figuras foram modificados e adaptados a uma época mais moderna.

As respostas são consideradas passivas, quando o indivíduo sente medo ou raiva e não expressa isto verbalmente. Neste caso, a agressividade volta-se para o próprio indivíduo e a sua resposta representa uma auto-agressão.

As respostas agressivas ocorrem quando o indivíduo sente raiva e a expressa de forma inadequada, ou seja, rotulando, humilhando e/ou ofendendo a outra pessoa, ou mesmo quando faz isto sentindo-se indiferente à situação. A resposta é indicativa de uma hetero-agressão.

As respostas são chamadas de assertivas quando o indivíduo se expressa de acordo com os seus sentimentos, de maneira apropriada à situação, sem ofender ou desrespeitar o outro. Neste caso, a agressividade não aparece, dando lugar à solução da situação frustrante.

As respostas assertivas são consideradas apropriadas e as respostas passivas e agressivas são consideradas inapropriadas.

6.2 - Avaliação Empírica

Além do Inventário Willoughby e do Teste Lanna de Assertividade, foram utilizados dois métodos de testagem, avaliados empiricamente: o Jogo de Papéis e a Entrevista Estruturada / (ver anexo).

6.2.1 - Jogo de Papéis

Para avaliar as reações dos sujeitos diante de confrontos interpessoais, seria necessário submetê-los a estes confrontos de modo a observar as suas reações verbais e não

verbais. Deste modo, foram selecionadas 14 situações-problema vividas no cotidiano diante das quais os sujeitos deveriam reagir em situação de jogo de papéis até onde lhes fosse possível. As respostas eram registradas, bem como as reações verbais e não verbais. Além disto, os sujeitos revelavam o seu grau de desconforto ao passarem por cada situação-problema. O nível de desconforto foi classificado de 1 (nenhum desconforto) a 5 (muitíssimo desconforto). As situações-problema selecionadas foram:

1) Recusando um convite para um encontro.
2) Pedindo discos emprestados a um amigo.
3) Expressando desagrado a um amigo que telefona de madrugada.
4) Lidando com a crítica de um colega de trabalho.
5) Defendendo o seu ponto de vista em uma discussão.
6) Cobrando a devolução de um dinheiro emprestado.
7) Criticando um amigo fofoqueiro.
8) Lutando pela sua vez de ser atendido em uma loja.
9) Lidando com um(a) colega agressivo(a).
10) Devolvendo um par de sapatos em uma loja.
11) Criticando um subordinado.
12) Fazendo uma reclamação com o chefe.
13) Elogiando um(a) amigo(a).
14) Recebendo elogios de um(a) amigo(a).

6.2.2 - Entrevista Estruturada

A Entrevista Estruturada foi criada com o objetivo de obter informações dos sujeitos acerca de suas dificuldades em lidar assertivamente de forma mais específica, bem como de conhecer as suas reações cognitivas, autonômicas e moto-

ras frente à cada situação difícil. Foram também obtidos dados acerca de pessoas do relacionamento dos sujeitos, com as quais era mais difícil ou mais fácil lidar assertivamente, prejuízos acarretados por não agir assertivamente e situações em que ocorriam reações passivas e agressivas.

6.3 - Observadores

Todos os observadores que participaram na testagem dos sujeitos eram estudantes de psicologia e, com excessão de dois, com experiência clínica dentro da abordagem comportamental.

Antes de iniciarem as testagens, os observadores foram treinados quanto ao seu procedimento, tanto nas instruções dos testes quanto na avaliação dos sujeitos. Além disto, eles receberam um manual contendo informações acerca dos seus procedimentos na situação de testagem.

Cada sujeito era avaliado por uma equipe de 3 observadores. Durante a aplicação do Teste Lanna, um interagia com o sujeito e outro anotava as respostas. Durante o Jogo de Papéis, um observador participava das dramatizações no confronto com o sujeito. O segundo registrava as respostas do sujeito e o terceiro registrava as reações verbais e não verbais, na folha de avaliação de desempenho. Após terminada a testagem, os três observadores reviam a folha de avaliação de desempenho para entrarem em consenso a respeito das reações dos sujeitos.

6.4 - Amostra

Todos os sujeitos foram encaminhados por terapeutas com orientação comportamental ou com algum conhecimento desta abordagem. Os critérios utilizados para o encaminhamento dos cli-

entes foram: ansiedade social e dificuldades na interação social por tendência a agir passivamente ou agressivamente.

Após o encaminhamento, os sujeitos foram entrevistados pelo líder do grupo, quando recebiam informações sobre as normas e objetivos do grupo e também acerca de quantas vezes seriam testados.

Foram obtidos inicialmente 20 sujeitos distribuídos randomicamente em dois grupos de 10. A faixa de idade entre os sujeitos variava de 25 a 66 anos e o nível cultural de todos eles era superior. Havia também uma certa homogeneidade quanto ao nível sócio-econômico. Dentre os sujeitos, 11 eram do sexo feminino e 9 do sexo masculino.

Dos 10 sujeitos designados para o grupo de controle, um desistiu antes do início das testagens por compromissos de trabalho e estudos e outro, por motivo de doença, desistiu na véspera da maratona. Ambos os desistentes eram do sexo feminino.

O experimento ficou, então, com 10 sujeitos no grupo experimental e 8 sujeitos no grupo de controle.

6.5 - Procedimento terapêutico

O primeiro exercício utilizado na maratona foi o de relaxamento em grupo, com o objetivo de reduzir a ansiedade dos componentes, que receberam orientação prévia acerca dos benefícios de estarem mais relaxados. Como este exercício obedecia a uma sequência de contrações e descontrações musculares, todos foram orientados no sentido de como contrair cada parte do corpo.

Após completado o exercício de relaxamento, todos os membros foram solicitados a revelarem como estavam se sentindo.

O segundo exercício, de apresentação entre os membros, foi realizado no sentido de: a) Favorecer o conhecimento entre os membros; b) Favorecer a exposição de cada componente no grupo e c) Reduzir a ansiedade de se expor dentro do grupo. Os sujeitos foram arrumados aos pares, ficando os pares um de frente para o outro, totalizando cinco pares, no centro da sala. Após dado o sinal, cada membro de cada par perguntava rapidamente: -"Quem é você?" O outro membro deveria então começar a falar ininterruptamente: -"Meu nome é fulano, eu trabalho em tal lugar, ..." e assim por diante. Caso acontecesse de não ocorrer mais nada para falar, o sujeito deveria dizer algo como: -"... não sei o que dizer, acho que deu branco, estou muito ansioso, etc.", mas não deveria deixar de falar. O par poderia ajudar fazendo perguntas. O discurso de apresentação demorava 3 minutos, quando então o membro que se apresentou primeiro perguntava ao seu par: -"E você, quem é?" O outro então começava a auto-apresentação. Após cada par haver completado as apresentações, o membro da extremidade de uma das filas passava para a outra extremidade, o segundo da fila passava para o lugar do que havia saído e assim por diante, de modo que somente uma fila se deslocava, variando os pares. Com isto, os componentes de cada fila passaram a conhecer apenas os da outra fila. Faltava então o conhecimento entre os membros de cada fila. Deste modo, foram feitos dois círculos formados pelos membros de cada fila, sendo que, desta vez, cada sujeito se apresentava diante dos outros quatro, por 3 minutos. Esta forma de apresentação era facilitada pelo fato de que, na situação de dupla, cinco pessoas faziam a auto-apresentação ao mesmo tempo, de modo que ninguém se sentia o centro das atenções. Quando os membros se apresentavam para os outros quatro na situa

ção de círculo, o nível de ansiedade já havia baixado e já ocorriam mais dados para a auto-apresentação. Ao final das apresentações, cada componente fez uma avaliação, respondendo às seguintes questões escritas no quadro-negro:

- Como foi para cada um de vocês vir à maratona?

- Em que estavam pensando antes de virem para cá?

- Como se sentiram fazendo este exercício?

- Como estão se sentindo agora?

Para que todos pudessem se dirigir aos outros chamando pelo nome, foi realizado um exercício para fixar os nomes dos componentes. Todos os sujeitos, dispostos em círculo, falavam os seus nomes. Depois o líder entregava uma bola ao membro à sua direita, dizendo: "Fulano, aqui está a bola que o cicrano pediu para você entregar para beltrano". Aquele que recebia a bola deveria fazer o mesmo até completar o círculo. O exercício só terminou quando todos já haviam gravado os nomes de todos os componentes.

Após o término do exercício de fixação de nomes, todos os sujeitos já haviam reduzido consideravelmente o seu nível de ansiedade frente a um contato inicial. Neste momento, o líder do grupo deu informações acerca dos objetivos do grupo e sobre o que se esperava de cada membro no sentido de otimizar os resultados da maratona. Segue abaixo o discurso do terapeuta de grupo:

"O objetivo deste trabalho é o de proporcionar a vocês condições para que se torne possível expressar os seus sentimentos. Isto vai fazer com que vocês se sintam mais livres e mais confiantes nas relações interpessoais.

Entretanto, por mais que as técnicas utilizadas sejam eficazes, é necessário que todos os componentes do grupo participem do trabalho, para que seja possível conseguirmos resultados.

Deste modo, eu gostaria de falar para vocês sobre algumas condições que ajudarão bastante na obtenção de seus objetivos:

1º - Sempre que nós nos encontramos diante de uma situação difícil, nossa primeira tendência é evitar ou fugir da situação. E este hábito é que nos leva a alimentarmos os nossos medos, os nossos sentimentos de menos valia. O que eu gostaria de propor a vocês é que hoje, aqui, vocês tentem fazer justamente o contrário. Sempre que surgir uma situação que vocês considerem difícil, procurem afastar este primeiro pensamento de evitar. Tentem enfrentar. E se ainda for difícil para vocês, falem sobre o seu desconforto neste momento. Procurem se dar a chance de serem ajudados e encorajados pelos outros componentes do grupo.

2º - Por mais que não exista uma proposta de que os participantes falem sobre os seus problemas mais íntimos, seja o que for que se converse aqui dentro, será considerado confidencial. A confidencialidade é um aspecto ético central dentro do grupo.

3º - É muito importante que vocês tentem se livrar dos seus rótulos. Procurem esquecer as frases como: "eu não consigo" e substituam isto por: "vou tentar para ver onde eu posso ir". Lembrem-se de que a tentativa é sempre mais importante do que a própria meta. Se o resultado for positivo, ótimo. Se não for, vamos descobrir por que não foi, sem nenhuma preocupação com o certo ou o errado. Cada tentativa de vocês, dando certo ou não, será útil para todos os outros membros, desde que saibamos os motivos e procuremos outras alternativas.

4º - Ao se engajarem nesta participação fazendo o que estou propondo, certamente vocês atingirão os seus objetivos. Ninguém será obrigado a fazer o que não quer. Portanto, o querer tentar, já corresponde ao primeiro passo para a realização".

O próximo exercício proposto ao grupo visava: a) estabelecer maior confiança entre os membros; b) favorecer a participação dos componentes nos próximos exercícios e c) dar início à expressão de sentimentos.

Foi solicitado aos sujeitos que fechassem os olhos e relaxassem os seus músculos. Após uma breve indução de relaxamento o líder propôs que cada membro imaginasse a pior coisa que poderia lhes ocorrer no grupo, tentando fantasiar como seria a sua reação diante deste fato. Depois que todos abriram os olhos, cada componente foi encorajado a compartilhar a sua fantasia, os seus temores e a sua reação. Os outros membros também participavam dizendo como se sentiriam e como reagiriam diante do que foi relatado. Terminado o relaxamento, todos falaram sobre a experiência de revelar os próprios medos e de ouvir os medos dos outros componentes. A revelação dos medos foi muito útil, não somente para aumentar a confiança e a coesão entre os membros, como também para que todos pudessem perceber que as suas dificuldades não eram tão grandes e que eles não eram os únicos a se sentirem inseguros socialmente. Além disso, admitir os próprios temores reduz consideravelmente a ansiedade.

Uma vez que cada sujeito deveria falar sobre os próprios medos e depois ouvir de todos os membros as suas revelações acerca daquela situação temida, o exercício de revelação dos medos ocupou muito tempo, de modo que foi interrompido para o almo

ço, continuando em seguida. Conforme foi combinado previamente , todos os componentes almoçaram juntos em um restaurante próximo, para facilitar o entrosamento entre eles.

O próximo e último exercício do 1º dia da maratona tinha como objetivo o aprendizado de dar e receber feedback. Após uma breve orientação do que seria uma crítica construtiva em oposi - ção a uma crítica agressiva, todos os sujeitos foram solicitados a escolher um membro, dizendo: "O que eu mais gostei em você foi ..... e o que eu menos gostei em você foi ..... . Penso que *se você procurasse agir ..... seria mais positivo para vo* cê." Na medida em que um membro do grupo era escolhido para rece ber o feedback, ele não poderia mais ouvir crítica dos outros mem bros. Deste modo, cada sujeito deu e recebeu feedback apenas uma vez.

A avaliação do 1º dia de maratona visava fixar a aprendizagem do que foi vivido naquele dia. Cada componente falou a respeito de como se sentiu ao ter enfrentado as situações do dia, o que foi mais difícil e o que foi mais fácil e que sugestões poderiam ser dadas para facilitar ainda mais a participação dos componentes.

A sessão do dia seguinte iniciou com o exercício de relaxamento, após o que os membros do grupo foram solicitados a fa - lar sobre o que pensaram a respeito dos acontecimentos do dia anterior e o que ficou mais fixado das experiências vividas.

Após todos falarem e trocarem alguns comentários, foi dado início ao jogo de papéis. O objetivo deste exercício era proporcionar aos participantes um treinamento de defesa dos próprios direitos. Cada sujeito recebeu um cartão contendo uma situa -

ção-problema diante da qual ele deveria agir assertivamente. Cada situação-problema foi criada em função das dificuldades de cada participante. Para uma determinada situação, havia sempre aquele que iria se comportar de modo assertivo, interagindo com outro membro do grupo que faria o papel do manipulador, de tal maneira que cada sujeito representava dois papéis: um no qual iria manipular o colega, dificultando a situação para forçá-lo a agir assertivamente e outro onde iria lutar pelos seus direitos, agindo de modo assertivo, sendo manipulado por outro componente.

Antes de iniciar o exercício, foi sugerido aos membros que procurassem viver a situação e ajudassem os colegas na dramatização estimulando-os a lutarem pelos seus direitos e procurando evitar risos redutores de ansiedade. Após cada dramatização, todos deveriam dar feedback ao membro que desempenhou o papel assertivo e ao que manipulou. Os dois últimos também deveriam relatar como se sentiram vivenciando os seus papéis.

Seguem abaixo as situações-problemas distribuídas aos participantes:

1- Conversando com uma amiga com quem divide um apartamento sobre o fato de esta deixar tudo desarrumado, louça suja na pia, etc., propondo mudanças no sentido de haver mais respeito entre ambas.

2- Lidando com uma namorada ciumenta e controladora, buscando estabelecer limites em suas investidas.

3 - Lidando com um chefe explorador que está sempre solicitando serviços no final do expediente.

4- Devolvendo uma blusa defeituosa em uma loja e solicitando o dinheiro de volta, uma vez que não há mais blusas do mes

mo modelo.

5- Impedindo que um casal peça a alguém na fila de um cinema para comprar quatro ingressos.

6- Reclamando com um garçon pela sua demora no atendimento, quando outras pessoas que chegaram depois já foram atendidas.

7- Cobrando de um amigo a devolução de discos emprestados.

8- Expressando insatisfação com a namorada que está indiferente, após combinarem uma comemoração com vinho.

9- Negando um pedido de um amigo para se comportar de um modo cujos princípios são duvidosos.

10- Solicitando a uma vizinha a por limites em seus filhos que estão fazendo barulho após as 22 horas.

A experiência de jogo de papéis levou o grupo a concluir que o enfrentamento de situações difíceis é sempre positivo na medida em que a pessoa se sente mais satisfeita consigo mesma e portanto mais forte para enfrentar novas situações. Além disso, presenciar outros indivíduos desempenhando papéis faz com que cada componente aprenda a lidar assertivamente em situações variadas.

O término do jogo de papéis concidiu com a hora do almoço. Antes de sair para almoçar, cada sujeito recebeu uma tarefa para ser realizada no restaurante, com o objetivo de vencer uma dificuldade de afirmação social em situação real. Cada tarefa está discriminada abaixo e acompanhada da dificuldade específica do componente do grupo:

1- Atuar como agente de ligação entre o garçom e o grupo, escolhendo a mesa, fazendo os pedidos de todos os componentes,

pedindo a conta, etc. (medo de lidar com pessoas estranhas).

2- Dar um discurso, de pé, em homenagem a todos os componentes da maratona, fazendo um brinde no final. (preocupação em tremer na presença das pessoas).

3- Complementar o discurso anterior, nas mesmas condições. (medo de falar em público).

4- Discordar em algum ponto do membro que deu o segundo discurso, criando um pequeno debate. (medo de discordar e de impor o próprio ponto-de-vista).

5- Procurar encontrar algum defeito no serviço ou na mesa (demora no atendimento, copos, pratos ou talheres sujos, erro na conta, etc.); (medo de ser agredido).

6- Solicitar a troca de alguma coisa do prato que não tenha agradado. Inventar, se for preciso. (medo de ser agredido).

7- Chamar o garçon e fazer uma crítica sobre a sua comida, comentando a respeito do que poderia ter saído melhor (Dois componentes que manifestavam medo de criticar).

8- Abordar duas garotas desacompanhadas, dentro ou fora do restaurante, conversando durante pelo menos 15 minutos, pedindo telefone no final. (dois componentes com dificuldades em se aproximar de garotas pelo medo de rejeição).

Após voltar do almoço, o grupo se reuniu para comentar sobre as tarefas. Todos os participantes cumpriram a sua parte, por mais difícil que a experiência pudesse parecer. Os membros funcionavam como agente de pressão no sentido do cumprimento das tarefas e como agente reforçador após a realização das mesmas . Enfrentar dificuldades em situações reais fez com que o grupo

chegasse a algumas conclusões importantes:

a) "Nós costumamos exagerar em nossos medos. Na verdade, quando enfrentamos uma situação é que podemos ver que somos capazes de enfrentá-las e que as consequências não são tão trágicas como pensamos."

b) "Viver esta experiência foi importante porque torna a pessoa mais confiante de que poderá enfrentar outras situações difíceis ."

c) "Sempre vale a pena tentar porque só a tentativa nos leva à certeza de que a experiência poderia dar certo ou não."

O exercício de feedback positivo ocorreu em seguida ao comentário sobre as tarefas. Foi proposto aos membros que cada um ouvisse de todos os outros: "Quais as qualidades que eu pude perceber em você, em que isto me acrescentou e que sentimentos isto me provocou." O objetivo deste exercício era favorecer a expressão de sentimentos positivos, além do fornecimento de feedback , que iria contribuir para uma auto-imagem positiva.

Finalmente, foi feita uma avaliação da maratona, onde os sujeitos deixaram as suas impressões acerca desta experiência.Seguem abaixo as conclusões mais comuns aos componentes do grupo:

- Incerteza de poder realmente por em prática o que foi aprendido nestes dois dias. A quantidade de informações e descobertas foi muito grande. Além disso, lá fora pode ser diferente.

- Geralmente a primeira impressão acerca de alguém sofre muitas mudanças quando aprofundamos o contato. Tendemos a superestimar ou a subestimar as pessoas e elas não costumam estar em

nenhum dos dois extremos.

- Ao aprofundarmos o contato com as pessoas, descobrimos que não somos os únicos no mundo a sentir insegurança. Na verdade, todas as pessoas passam por momentos de insegurança.

- Todos os componentes manifestaram mudanças de comportamento no sentido de total redução de ansiedade no confronto grupal, expressão verbal e não verbal mais firmes e participação / mais ativa. Em alguns sujeitos estas mudanças foram mais evidentes.

Após todos fazerem a sua avaliação, o líder encerrou a maratona com algumas palavras,relatadas a seguir:

"Gostaria de deixar aqui algumas questões para vocês pensarem a respeito, principalmente quando estiverem no contato com pessoas.

Vocês estabeleceram contato uns com os outros durante dois dias seguidos. Sentiram-se ansiosos no início, mas enfrentaram as suas dificuldades, venceram a ansiedade e, com isto, puderam descobrir aspectos positivos em cada um e só depois é que começaram a se interessar uns pelos outros, a se sentir mais motivados no contato interpessoal. Pensem agora que, se vocês tivessem se encontrado fora desta maratona, provavelmente teriam passado uns pelos outros sem aprofundarem este contato e jamais teriam descoberto aspectos positivos uns nos outros. Isto me leva a pensar em quantas pessoas maravilhosas vocês perderam a oportunidade de conhecer pelo medo de enfrentar riscos. Aqui, com o compromisso de participar das experiências, todos foram levados a superar o medo. Depois que o temor foi vencido, vocês viram que é possível enfrentar situações e que a dificuldade não é tão grande quanto

parece.

Do mesmo modo que vocês correram riscos aqui e concluíram que vale a pena, podem também fazê-lo fora daqui, sem que precisem de alguém para empurrá-los. Basta lembrar que para obtermos ganhos, temos que correr riscos. E correr riscos sempre vale a pena. Enfrentar situações difíceis nos leva a aprender, dando certo ou não a experiência. O enfrentamento contribui para melhorarmos nossa auto-imagem. Por outro lado, a evitação gera sentimentos de auto-depreciação, além de impedir o nosso crescimento interpessoal."

6.6 - Delineamento

Para verificação das hipóteses foi utilizado um delineamento de pesquisas comparativas de grupos, do seguinte tipo: (ver Kerlinger, 1973, pag. 335).

R	Y_a	X	Y_d	(Grupo Experimental)
	Y_a	~X	Y_d	(Grupo de controle)

Onde significa:

R - Distribuição randômica ou aleatória dos sujeitos aos dois grupos.

Y_a- Medidas da variável dependente da linha de base.

X - Apresentação da variável experimental (procedimento terapêutico a ser testado).

~X- Não apresentação da variável experimental.

Y_d- Repetição da medição da variável dependente.
(Um mês após foram repetidas as mesmas medidas como parte do acompanhamento ou follow-up).

Neste delineamento, os sujeitos foram designados aos grupos experimental e de controle de forma randômica e pré-testados numa medida de Y, a variável dependente. Os dois grupos puderam ser checados, em termos de igualdade, em Y.

A manipulação experimental X foi apresentada, no grupo experimental, após a qual os dois grupos foram medidos novamente em Y.

Após um mês, foram feitas as medidas de Y como follow-up. Finalmente, a diferença entre os dois grupos foi testada estatisticamente.

Por razões éticas, após completar a fase acima descrita , o grupo de controle, que até então não havia recebido nenhuma intervenção terapêutica, foi submetido à técnica, acrescentando no grupo de controle um novo experimento com medidas anteriores,posteriores e de acompanhamento.

6.7 - Método Estatístico

O procedimento estatístico utilizado nesta pesquisa corresponde à distribuição t de student, uma vez que a amostragem era pequena (n=18) para o uso da distribuição normal. (Nick e Kellner, 1971;

A distribuição de student foi estabelecida por Gosset em 1908 e demonstrada por Fisher em 1926 (ver Nick e Kellner, 1971). Seguem, abaixo, as etapas deste método estatístico que foram aplicadas no presente estudo:

1ª ETAPA : Cálculo do desvio padrão (S) das medidas de cada grupo, nas diferentes fases do experimento.
(Lb, Pt e Fu).

Fórmula:

$$S = \sqrt{\frac{\sum (X_j - \overline{X})^2}{n}}$$

onde:

s = desvio padrão

X_j = medida de cada sujeito

$\overline{X}$ = média da medida do grupo

n = número de sujeitos

2ª ETAPA : Cálculo da variável reduzida (t) (transformação da variável que viabiliza o uso da tabela para encontrar o grau de significância) nas medidas de cada grupo, das diferentes fases do experimento (Lb, Pt e Fu).

Fórmula:

$$t = \frac{\overline{X} - \mu o}{\frac{s}{\sqrt{n}}}$$

Onde:

t = variável reduzida

$\overline{X}$ = média da medida do grupo na fase posterior.

μo = média da medida do grupo na fase anterior.

n = número de sujeitos

s = desvio padrão do grupo na fase posterior.

3ª ETAPA : Cálculo do nível de significância (probabilidade com que a hipótese nula pode ser rejeitada com confiança, ou probabilidade com que a hipótese experimental pode ser aceita com confi

ança). (ver Levin, 1978). O nível de significância pode ser localizado em uma tabela contendo as percentagens referentes às diferentes probabilidades (ver Spiegel, 1975, pag. 563). O nível de confiança convencional é de 0,05 (5%). Em outras palavras, a hipótese será aceita se a diferença amostral obtida ocorrer por acaso somente 5 vezes ou menos em 100 (isto é, 5% no máximo).(citado em Levin, 1978).

7 - RESULTADOS

7.1 - Resultados Estatísticos

Para facilitar a leitura dos resultados, seguem abaixo as definições dos símbolos utilizados neste capítulo.

LB - Medida na linha de base do grupo experimental.

LB_1 - Primeira medida na linha de base do grupo de controle.

LB_2 - Segunda medida na linha de base do grupo de controle.

LB_3 - Terceira medida na linha de base do grupo de controle.

PT - Medida pós-tratamento.

FU - Medida do follow-up.

$\bar{X}$ - Média das medidas dos sujeitos.

s - Desvio padrão.

t - Variável reduzida.

NS - Nível de significância.

SE - Sensibilidade emocional.

AD - Ansiedade desadaptativa.

Apropr. - Respostas apropriadas (assertivas).

Inapropr. - Respostas inapropriadas (passivas + agressivas).

Will. - Teste Willoughby.

* - Sinal indicativo de mudança ou de diferença entre as médias.

As tabelas a seguir indicam os resultados obtidos de cada sujeito, bem como as médias, desvio padrão, variável reduzida e nível de significância encontrados.

Tabela 1: GRUPO EXPERIMENTAL (fase 1)

	LB				PT				FU			
	WILL.		RESP. - LANNA		WILL.		RESP. - LANNA		WILL.		RESP. - LANNA	
Suj.	SE	AD	APROPR.	INAPROPR.	SE	AD	APROPR.	INAPROPR.	SE	AD	APROPR.	INAPROPR.
A	14	31	8	15 + 1	11	16	11	11 + 2	10	16	13	9 + 2
B	32	26	20	4 + 0	20	24	21	3 + 0	12	13	22	2 + 0
C	17	24	20	4 + 0	9	9	19	4 + 1	9	12	22	1 + 1
D	16	15	4	12 + 8	10	2	10	9 + 5	9	9	13	8 + 3
E	17	20	15	4 + 5	12	9	19	4 + 1	10	8	20	3 + 1
F	25	27	2	21 + 1	21	26	16	8 + 0	16	19	18	6 + 0
G	7	15	16	8 + 0	1	3	18	6 + 0	5	5	18	6 + 0
H	21	13	10	12 + 2	13	15	16	6 + 2	22	16	19	4 + 1
I	16	17	9	14 + 1	20	17	17	7 + 0	19	19	15	7 + 2
J	17	24	9	10 + 5	12	19	18	6 + 0	14	21	20	4 + 0
$\bar{X}$	18.2	21.2	11.3	12.7	12.9	14	16.5	7.5	12.6	13.8	18	6.0
s	6.34	5.69	5.92	5.92	5.80	7.73	3.32	3.32	4.9	5.03	3.16	3.16
t	-	-	-	-	-2.89	-2.94	4.95	-5.05	-0.2	-0.13	1.5	-1.4
NS	-	-	-	-	1 e* 0.5%	1 e* 0.5%	< 0.05% *	< 0.05% *	>40%	>40%	10 e 5%	10 e 5%
					LB - PT				PT - FU			

Tabela 2: GRUPO DE CONTROLE (fase 1)

	LB_1				LB_2				LB_3			
	WILL.		RESP. - LANNA		WILL.		RESP. - LANNA		WILL.		RESP. - LANNA	
Suj.	SE	AD	APROPR.	INAPROPR.	SE	AD	APROPR.	INAPROPR.	SE	AD	APROPR.	INAPROPR
K	12	10	12	12 + 0	12	11	9	15 + 0	15	12	14	10 + 0
L	20	22	9	14 + 1	19	20	15	9 + 0	19	26	15	9 + 0
M	26	21	9	11 + 4	23	17	13	9 + 2	21	15	9	11 + 4
N	34	31	8	14 + 2	30	30	21	2 + 1	28	29	20	4 + 0
O	20	19	8	9 + 7	12	23	9	10 + 5	18	24	14	8 + 2
P	30	27	7	16 + 1	30	32	6	17 + 1	26	27	13	9 + 2
Q	26	19	9	10 + 5	18	17	15	6 + 3	19	19	13	5 + 6
R	13	19	24	0 + 0	11	20	20	4 + 0	11	18	22	2 + 0
$\bar{X}$	22.62	21	10.75	13.25	19.37	21.25	13.5	10.5	19.6	21.2	15	9
s	7.30	5.81	5.19	5.19	7.24	6.53	5	5	5.15	5.74	3.87	3.87
t	-	-	-	-	-1,27	0.11	1.55	-1.55	0.13	-0.02	1.09	-1.09
NS	-	-	-	-	10 e 20%	>40%	10 e 5%	10 e 5%	>40%	>40%	10 e 20%	10e 20%
					LB_1 - LB_2				LB_2 - LB_3			

Tabela 3: Comparação das médias entre os dois grupos.

	$LB - LB_1$		$PT - LB_2$		$FU - LB_3$	
MEDIDAS	t	NS	t	NS	t	NS
Will. (SE)	1.82	5 e 10%	2.68	* 1e 2.5%	4.07	* 0.1e0.5%
Will. (AD)	-0.10	> 40%	3.33	* 0.5e0.1%	3.87	* 0.1e0.5%
LANNA (Apr.)	-0.32	30 e 40%	-1.87	* 5 e2.5%	2.32	* 1 e2.5%
LANNA (Inapr.)	0.31	30 e 40%	1.94	* 5 e2.5%	2.32	* 1 e2.5%

OBS.: O método estatístico utilizado para a comparação das médias entre os dois grupos foi a distribuição de Student. Considerando que o número de sujeitos no grupo experimental era igual a 10 e no grupo de controle era igual a 8, o valor de N para a comparação entre os dois grupos foi de 9, que corresponde ao número médio entre os grupos.

Tabela 4: GRUPO DE CONTROLE (fase 2)

	LB_3				PT				FU			
	WILL.		RESP. - LANNA		WILL.		RESP. - LANNA		WILL.		RESP. - LANNA	
Suj.	SE	AD	APROPR.	INAPROPR.	SE	AD	APROPR.	INAPROPR.	SE	AD	APROPR.	INAPROPR.
K	15	12	14	10 + 0	6	8	16	7 + 1	9	11	14	9 + 1
L	19	26	15	9 + 0	14	17	23	1 + 0	15	16	21	3 + 0
M	21	15	9	11 + 4	2	4	13	11 + 0	2	0	19	5 + 0
N	28	29	20	4 + 0	17	16	20	4 + 0	14	16	20	4 + 0
O	18	24	14	8 + 2	9	14	18	6 + 0	10	14	18	5 + 1
P	26	27	13	9 + 2	24	26	15	9 + 0	23	23	15	7 + 2
Q	19	19	13	5 + 6	17	14	13	7 + 4	9	13	18	6 + 0
R	11	18	22	2 + 0	10	15	23	1 + 0	8	8	23	1 + 0
$\bar{X}$	19.6	21.2	15	9	12.4	14.25	17.62	6.4	11.2	12.6	18.5	5.5
s	5.15	5.74	3.87	3.87	6.57	6.06	3.80	3.80	5.78	6.28	2.78	2.78
t	-	-	-	-	-3.10	-3.27	1.94	2.05	0.58	0.72	0.91	-0.76
NS	-	-	-	-	1 e * 0,5%	1 e * 0,5%	5 e 2,5% *	5 e 2,5% *	30 e 20%	30 e 20%	20 e 10%	30 e 20%
					LB_3 - PT				PT - FU			

De acordo com os resultados indicados nas tabelas seguem, abaixo, as comprovações das hipóteses levantadas no capítulo 5:

H_1 : $\overset{SE}{AD}\ LB > \overset{SE}{AD}\ PT$

Portanto, H_1 comprovada.

H_2 : $Ass_{LB} < Ass_{PT}$

Portanto, H_2 comprovada.

H_{3a} : $\overset{SE}{AD}\ PT \geq \overset{SE}{AD}\ FU$

H_{3b} : $Ass_{PT} \leq Ass_{FU}$

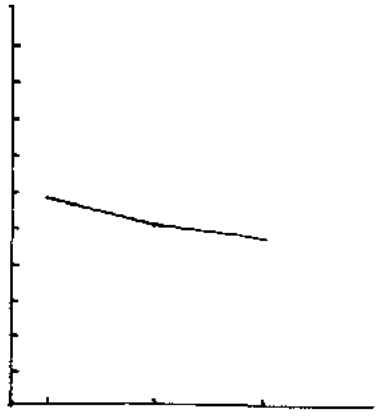
Portanto, H_3 comprovada.

7.2 - Resultados Empíricos

Os gráficos a seguir indicam os resultados empíricos obtidos no jogo de papéis e na entrevista estruturada:

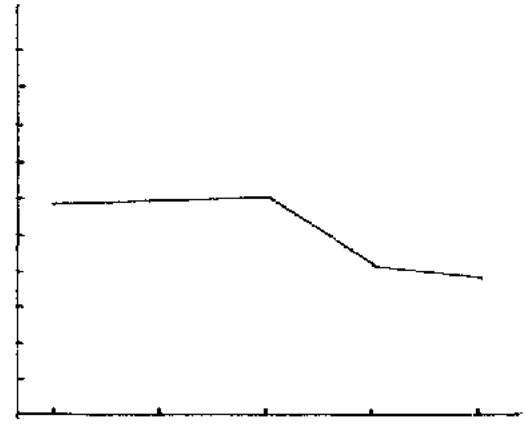
7.2.1 - Jogo de Papéis (NÍVEL DE DESCONFORTO)

GRUPO EXPERIMENTAL:



	LB	PT	FU
$\overline{X}$=	2.9	2.5	2.4

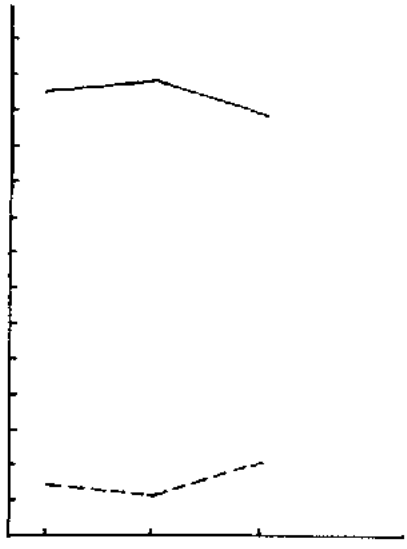
GRUPO DE CONTROLE:



	LB_1	LB_2	LB_3	PT	FU
$\overline{X}$=	2.9	3	3	2.1	1.9

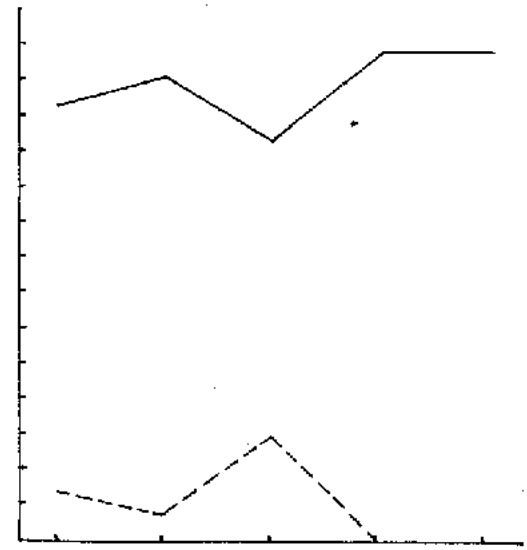
7.2.2 - Jogo de Papéis (EXPRESSÃO FACIAL)

GRUPO EXPERIMENTAL:



	LB	PT	FU	
$\overline{X}$=	12.6	12.9	12	(Apropr.)
	1.4	1.1	2	(Inapr.)

GRUPO DE CONTROLE:

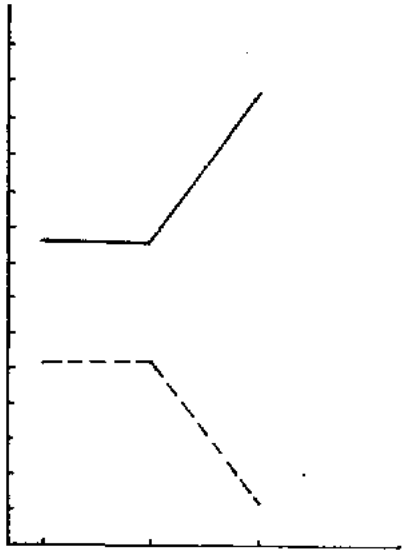


	LB_1	LB_2	LB_3	PT	FU
$\overline{X}$=	12.4	13.2	11.5	14	14
$\overline{X}$=	1.4	0.7	2.5	0	0

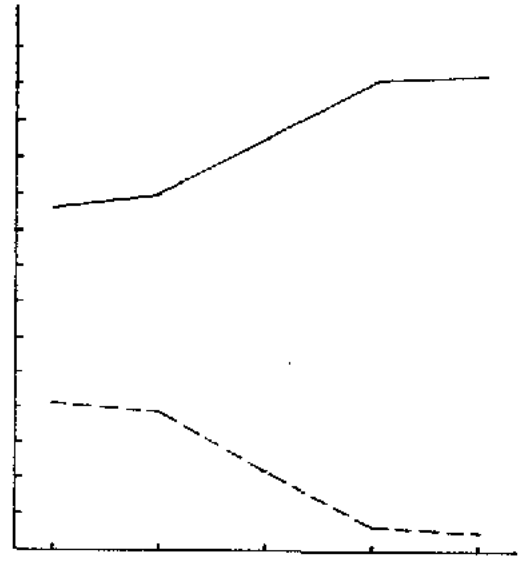
Apropr. _____ Inapr. _ _ _ _ _ _ _ _

7.2.3 - Jogo de Papéis (TOM DE VOZ)

GRUPO EXPERIMENTAL:



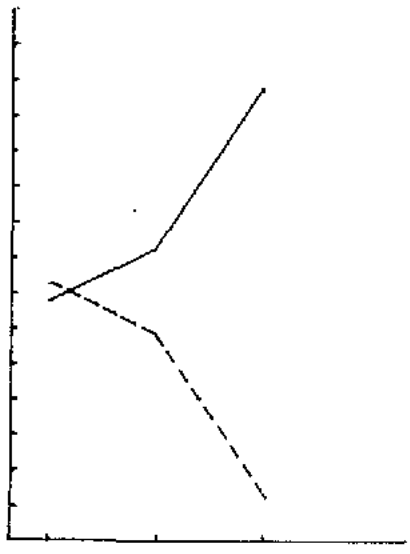
GRUPO DE CONTROLE:



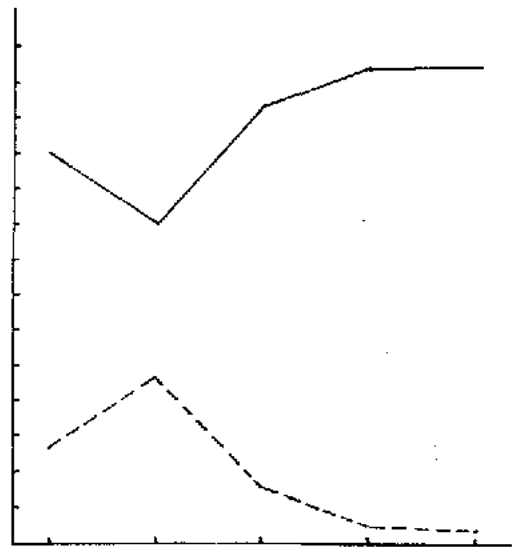
$\bar{X}$=	8.7	8.7	12.8	(Apropr.)	9.7	10.1	11.7	13.2	13.4
	5.2	5.2	1.2		4.1	3.9	2.2	0.7	0.6

7.2.4 - Jogo de Papéis (EXPRESSÃO VERBAL)

GRUPO EXPERIMENTAL:



GRUPO DE CONTROLE:

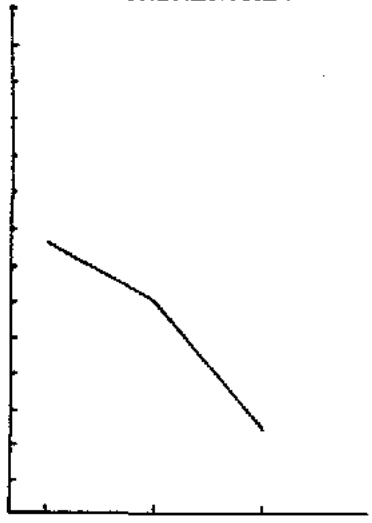


$\bar{X}$=	6.8	8.2	12.7	(Apropr.)	11.1	9.1	12.4	13.5	13.6
	7.2	5.8	1.3	(Inapr.)	2.7	4.7	1.6	0.5	0.4

Apropr. _____ Inapr. - - - - - - - -

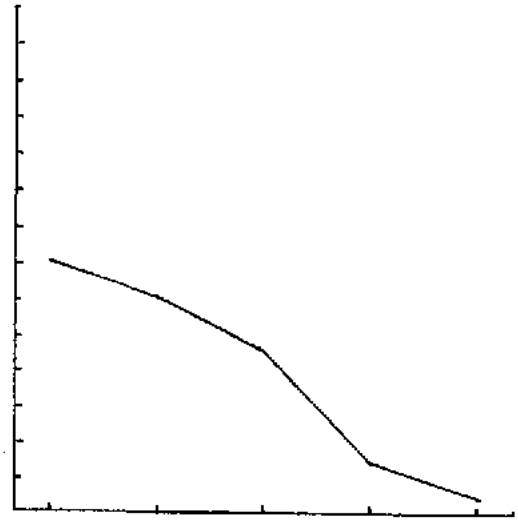
7.2.5 - Jogo de Papéis (PRES. DE ANSIEDADE OBSERVADA)

GRUPO EXPERIMENTAL:



$\bar{X}$= 7.6 6 2.4

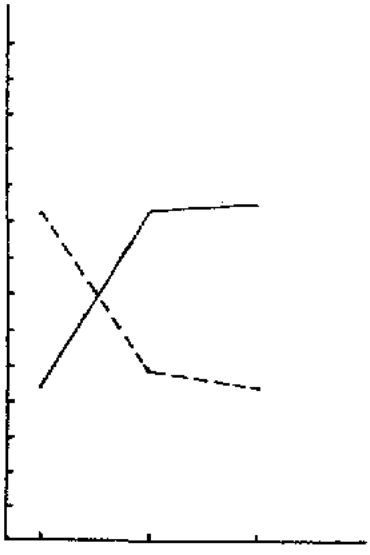
GRUPO DE CONTROLE



7.1 6.1 4.6 1.4 0.4

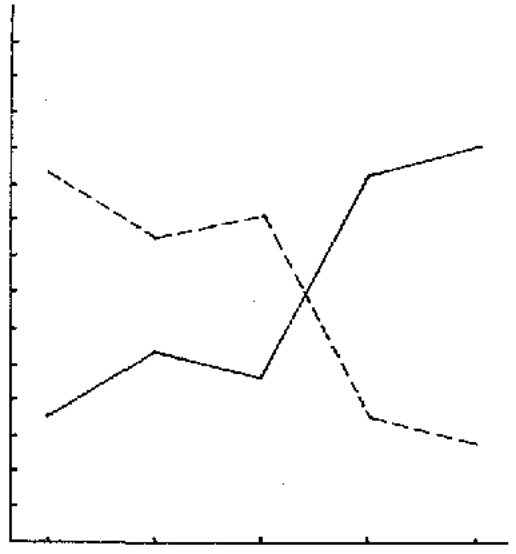
7.2.6 - Jogo de Papéis (CONTEÚDO DAS PALAVRAS)

GRUPO EXPERIMENTAL



$\bar{X}$= 4.8 9.3 9.5 (Apropr.)
9.2 4.9 4.4 (Inapr.)

GRUPO DE CONTROLE

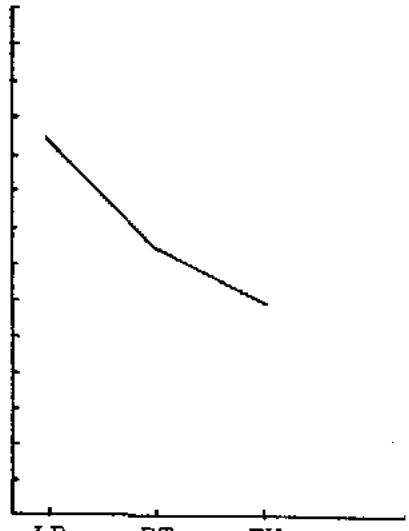


3.6 5.4 4.7 10.4 11.2
10.4 8.6 9.2 3.6 2.8

Apropr. _____ Inapr. - - - - - - -

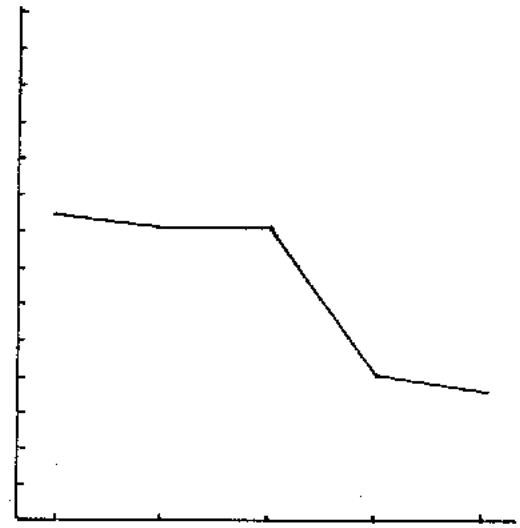
7.2.7 - Entrevista Estruturada (Nº DE SITUAÇÕES SOCIAIS ONDE EXISTEM DIFICULDADES EM AGIR ASSERTIVAMENTE)

GRUPO EXPERIMENTAL:



$\bar{X}$= 10.6 7.5 6.1

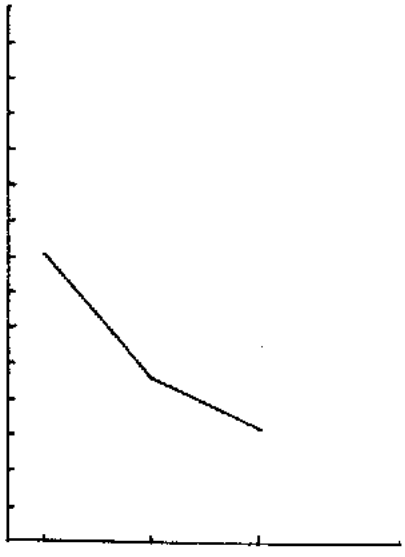
GRUPO DE CONTROLE:



8.5 8.2 8.2 4.1 3.7

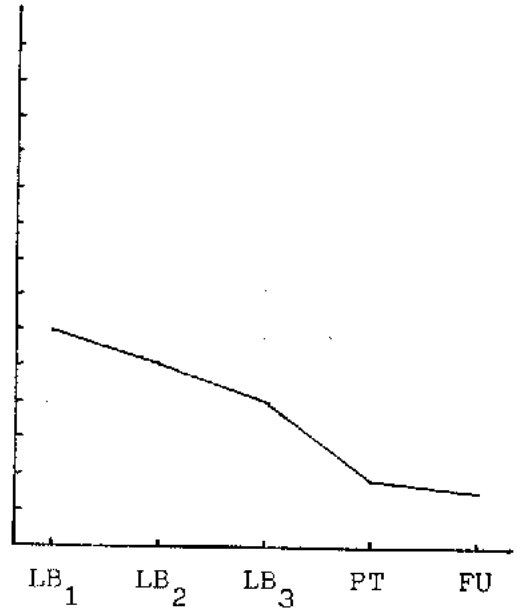
7.2.8 - Entrevista Estruturada (FREQUÊNCIA DE EVITAÇÃO DE SITUAÇÕES INTERPESSOAIS DIFÍCEIS)

GRUPO EXPERIMENTAL:



$\bar{X}$= 8.1 4.6 3.2

GRUPO DE CONTROLE:



6 5.1 4.1 1.9 1.6

7.3 - Interpretação dos Resultados

De acordo com os resultados obtidos nesta pesquisa, a maratona de assertividade mostrou ser eficaz na redução da ansiedade social e no aumento da frequência de respostas assertivas. Somente o grupo experimental sofreu mudanças na primeira fase do experimento e o grupo de controle só apresentou mudanças na segunda fase, quando foi submetido à variável experimental, comprovando assim a eficácia da técnica. Os resultados apresentados tanto nos testes quanto na avaliação empírica mostram que também houve mudanças cognitivas em relação à auto-imagem e nas expectativas de desempenho frente à confrontos interpessoais.

Estas evidências confirmam os princípios teóricos apresentados nos capítulos anteriores. Na medida em que os sujeitos tiveram que enfrentar situações interpessoais e se propuseram a correr riscos, estes aumentaram as chances de aprender a interagir socialmente, expressando adequadamente os seus sentimentos e interesses. Somente após haverem passado pelas situações é que puderam perceber que eram capazes de enfrentá-las. Esta percepção contribuiu para a ocorrência de mudanças cognitivas, para a redução de expectativas geradoras de ansiedade, para a melhora da auto-imagem e para o aumento de enfrentamentos de situações difíceis. Deste modo, as reações cognitivas, autonômicas e motoras sofreram modificações concomitantes, uma vez que

exerceram influência umas sobre as outras. Os resultados se mantiveram no follow-up, indicando ser o efeito do tratamento duradouro. As consequências reforçadoras decorrentes do enfrentamento de situações difíceis favorece a manutenção dos resultados obtidos após o tratamento.

Embora tenham sido confirmadas todas as hipóteses, algumas críticas devem ser feitas no sentido de facilitar estudos posteriores.

A primeira delas refere-se à amostra. Se por um lado o fato de os sujeitos serem encaminhados por terapeutas favoreceu os critérios de diagnóstico, por outro lado isto pode ter contribuído para interferir nos resultados da pesquisa. Os registros apresentados nos gráficos e nas tabelas mostram que o grupo de controle sofreu alterações em algumas medidas antes do tratamento. Embora tais alterações não tivessem significado estatístico, elas ocorreram e não devem ser ignoradas. Em parte, elas podem ser atribuídas a outros fatores, tais como a ocorrência de aprendizagem pela repetição das testagens, a subjetividade nos critérios dos observadores, etc. Porém há que se reconhecer a possibilidade de o tratamento individual ter contribuído para a ocorrência de mudanças antes da maratona no grupo de controle. Deste modo, recrutar sujeitos através de anúncios em jornais, universidades, etc., teria sido mais aconselhável, no sentido de se obter uma amostra que não recebesse nenhum tipo de

intervenção psicológica, garantindo mais a eficácia da técnica. Por outro lado, não deve ser ignorado que a mudança efetiva somente ocorreu após a utilização da técnica. Este dado é útil no sentido de se investigar sobre a possibilidade do tratamento em grupo ser mais eficaz do que o individual no caso da ansiedade social.

Outra questão referente à amostra trata do número reduzido de sujeitos no experimento, que impediu a utilização de métodos estatísticos mais confiáveis na avaliação dos resultados. Embora o número de sujeitos não deva ser maior que 10 para cada grupo, poderiam ser utilizados mais grupos, aumentando assim a soma total da amostra.

O tempo empregado no procedimento terapêutico também poderia ter sido maior. Considerando ser o fim de semana o período de tempo ideal no sentido de favorecer entrosamento mais rápido entre os membros e reduzir a ansiedade a níveis bem mais baixos, os sujeitos poderiam voltar a se reunir em outro fim de semana, com um intervalo de pelo menos quinze dias do primeiro encontro. Este procedimento provavelmente favoreceria mais a generalização, uma vez que os componentes testariam o que aprenderam após o primeiro fim de semana e discutiriam as suas experiências em um segundo encontro, desta vez em apenas um dia inteiro. Provavelmente o acréscimo de mais um fim de semana após um intervalo de quinze dias seria mais efetivo no sentido de garan

tir maior mudança.

Os critérios utilizados para a avaliação empírica não foram suficientes no sentido de evitar completamente a subjetividade dos observadores quanto à avaliação de desempenho dos sujeitos nos jogos de papéis. Esta variável também interferiu no registro dos resultados, especialmente nos ítens referentes a expressão facial, tom de voz e expressão verbal (ver gráfico). Os ítens relacionados à presença de ansiedade observada e conteúdo das palavras possuíam critérios mais definidos de avaliação. No primeiro caso, os sinais de ansiedade tais como: risos, evitação do olhar, rubor e inquietação eram claramente especificados nos registros. No segundo caso, o conteúdo das palavras era avaliado de acordo com os conceitos de respostas assertivas, agressivas e passivas e com os objetivos alcançados em cada situação-problema. Isto significa que os sujeitos deveriam enfrentar as situações até o final e de forma assertiva. Do contrário, suas respostas eram consideradas passivas ou agressivas. Os ítens referentes ao nível de desconforto (Jogo de Papéis) e à entrevista estruturada não dependeram da avaliação dos obsevadores, uma vez que os dados foram obtidos a partir do relato dos sujeitos. Possivelmente os registros feitos através de vídeos seriam positivos no sentido de diminuir a subjetividade da avaliação, principalmente no que diz respeito às reações não verbais, ao tom de voz e ao tipo de verbalização. Além disso, u

tilizar pelo menos tres avaliadores independentes que não tomassem conhecimento dos objetivos da pesquisa, poderia favorecer avaliações mais confiáveis.

Finalmente, a última variável apontada no sentido de alterar os resultados da pesquisa refere-se à escolha das medidas. A utilização de testes que dependem exclusivamente do relato do sujeito põe em dúvida a fidedignidade dos resultados. Infelizmente a literatura não ofereceu até agora testes padronizados que não sofram apenas a influência do julgamento dos sujeitos. O teste Lanna, embora utilize critérios relacionados ao desempenho do indivíduo, não dá garantias de que este se comporte em sua vida da mesma maneira que na situação de testagem. Esta conclusão propiciou a criação de uma avaliação empírica nesta pesquisa, através da utilização do jogo de papéis, onde os sujeitos eram provocados de forma mais semelhante à de vida real e onde teriam que lutar para atingir os seus objetivos (na aplicação do teste Lanna, os testandos respondem apenas uma vez à cada situação). Entretanto, a situação de jogos de papéis necessita ser aperfeiçoada e padronizada para que possa vir a constituir uma medida confiável.

7.4 - Conclusões

Os objetivos principais do presente trabalho foram mostrar a necessidade de uma preocupação maior com o estudo das di

ficuldades interpessoais e enfatizar a importância do tratamento em grupo como um meio adequado e eficaz de terapia para estas dificuldades.

Não há dúvidas de que estes objetivos foram alcançados e seria repetitivo explicar por que. Torna-se no entanto pertinente afirmar que o estudo do comportamento humano deveria por mais ênfase nos fenômenos que envolvem as relações interpessoais. A razão desta afirmação está ligada à constatação de que as dificuldades de interação não somente dão origem a outros problemas psicológicos como também a eliminação destas dificuldades favorece o relacionamento humano nos planos afetivo, profissional, sexual e social.

Em outras palavras, o estudo da ansiedade social é fundamental, não apenas para ajudar as pessoas a vencerem dificuldades no relacionamento, mas também para orientá-las no sentido de desenvolverem habilidades na comunicação, a fim de que se tornem bem sucedidas nos diversos papéis que pretendam desempenhar na sociedade.

Esta pesquisa constituiu uma parte muito pequena diante do que é preciso fazer no campo de estudo das relações interpessoais. Porém, dentro de sua proposta, já conquistou uma posição de modelo de tratamento em grupo da ansiedade social. Naturalmente este modelo necessita ser enriquecido com estudos posteriores no sentido de se tornar cada vez mais efetivo.

8 - IMPLICAÇÕES TEÓRICAS, DIAGNÓSTICAS E PRÁTICAS

O estudo sobre a eficácia do tratamento em grupo na ansiedade social foi útil, não apenas porque comprovou ser este tipo de intervenção extremamente importante na redução e eliminação de dificuldades interpessoais, mas também porque suscitou / questões relevantes que culminaram na construção de um modelo teórico, permitindo assim uma visão mais ampla a respeito do assunto.

Antes da apresentação do referido modelo, cabe aqui citar algumas considerações feitas por autores que se dedicam ao estudo das interações sociais.

Com relação às habilidades sociais, o que se tem visto na literatura é que esta terminologia é aplicada de uma forma genérica, dando a entender em alguns momentos que se trata de comportamentos específicos, tais como: manter conversa informal, mostrar interesse pela outra pessoa (Argyle, 1974); ouvir de modo gratificante, apresentar fatos de forma interessante (Mac Kay, 1988), etc. Em outros momentos, as habilidades sociais são abordadas dentro de um sentido mais genérico, como o de um construto teórico. Assim, Argyle (1974) também considera a capacidade empática, a sensibilidade perceptiva e o equilíbrio emocional como habilidades ou como indicativos de competência social. Moscovici (1981) cita a flexibilidade perceptiva e comportamen

tal como habilidades ou como indicativos de competência interpessoal.

Um outro aspecto a ser considerado diz respeito à assertividade. Alguns autores têm se referido ao comportamento assertivo e às habilidades sociais como se fossem a mesma coisa, quando na verdade a habilidade social compreende um repertório mais amplo de respostas sociais, sendo o treinamento assertivo mais restrito e inserido no programa de desenvolvimento de habilidades interpessoais (Mac Kay, 1988).

A ausência de definições operacionais que caracterizem os termos competência social ou interpessoal e habilidades sociais de uma forma mais clara parecem prejudicar o avanço deste campo de estudo.

Mac Kay (1988) afirma que as habilidades sociais podem ser divididas em sub-habilidades e que estas, por sua vez, podem ser estudadas em mínimos detalhes.

Os termos competência social e habilidade social são utilizados por Argyle (1974) de forma pouco definida. Sua referência a estas duas expressões parecem indicar que elas são sinônimas. Por outro lado, o autor admite a possibilidade da existência de um fator geral de competência social, ao mesmo tempo em que questiona esta possibilidade, quando afirma serem algumas pessoas melhores para lidar com platéias, enquanto outras se sobressaem mais quando interagem com indivíduos isolados. Há no en

tanto, alguns elementos necessários em todas as situações sociais. Seguem abaixo alguns componentes da competência social, citados por Argyle (1974, págs.: 88 e 89).

-Sensibilidade perceptiva - este elemento existe entre as pessoas mais populares e refere-se a um tipo de percepção mais exata, favorecendo discriminações mais sutis entre os indivíduos.

- Habilidades básicas de interação - capacidade de estabelecer um padrão adequadamente entrelaçado de interação com outras pessoas.

- Recompensa - característica comum entre pessoas mais populares, ser recompensador aumenta a eficiência na interação.

-Equilíbrio (oposto à ansiedade social). O equilíbrio emocional permite maior descontração e aumenta a capacidade de controle suave das situações.

Com relação à medida da competência social, Argyle(1974) argumenta:

"Seria muito útil se pudéssemos medir a "competência social" de uma pessoa, mas isto ainda não é possível. Não sabemos ainda até onde a competência social é um aspecto consistente do desempenho de um indivíduo em diferentes situações. Tudo o que podemos fazer é avaliar sua competência através de várias situações diferentes, como entrevistas, ensino, persuasão, etc." ... ... ".Assim obteremos um "perfil" de competência social. Parece possível que existam diversas habilidades subjacentes básicas,

comuns a diversas situações - recompensa, equilíbrio (versus ansiedade), sensibilidade perceptiva, capacidade de assumir o papel do outro, etc." (pág. 106).

Partindo do princípio de que só é possível avaliar a competência de um indivíduo a partir dos resultados provocados pelo seu comportamento, Argyle (1974) conclue que, quando se trata de medir atividades sociais de caráter profissional, torna-se / mais fácil avaliar a competência social de um indivíduo (por exemplo, um professor que consegue bons resultados nas provas de seus alunos ou um vendedor que obtém bons resultados nas vendas). Entretanto, nas situações quotidianas não-profissionais, torna-se mais difícil estabelecer os critérios de êxito.

Uma análise mais minuciosa das afirmações de Argyle (1974) sugere que os conceitos de competência e habilidade ficam misturados num determinado momento. Às vezes ele situa as habilidades como elementos de uma dimensão mais geral, a competência social (sensibilidade perceptiva, capacidade de assumir o papel do outro, etc.). Em outros momentos, a avaliação da competência fica restrita a situações específicas (entrevistas, ensino, persuasão, etc.), dando um sentido de habilidade (habilidade de fazer perguntas, de ensinar, de persuadir, etc.).

Moscovici (1975; 1981) define Competência Interpessoal como a "habilidade de lidar eficazmente com relações interpessoais, de lidar com outras pessoas de forma adequada às necessida-

des de cada um e às exigências da situação." (págs. 27 e 17). A autora considera que a competência interpessoal engloba várias / habilidades, tais como:

- Percepção acurada realística da situação interpessoal - o processo da percepção abrange a autopercepção, autoconscientização e auto-aceitação como pré-requisitos para uma percepção realística dos outros e da situação interpessoal. Se o indivíduo possui percepção mais acurada de si, então pode, também, ter percepção mais acurada da situação interpessoal, a fim de que possa reagir de forma adequada à situação (Moscovici, 1975 e 1981).

-Flexibilidade perceptiva e comportamental - significando que o indivíduo procura ver vários ângulos ou aspectos da mesma situação e atua de forma diferenciada, não rotineira, experimentando novas condutas percebidas como alternativas de ação. (Moscovici, 1975 e 1981).

- Dar e receber feedback - com um objetivo de se construir um relacionamento humano autêntico.

O estudo de Moscovici (1975; 1981) tem como objetivo desenvolver competência interpessoal em gerentes, afirmando ser esta necessária ao exercício pleno das funções de liderança, em qualquer contexto grupal e organizacional. Longe de ser um atributo ou um dom inato da personalidade, a competência interpessoal decorre de treinamento por meio de técnicas próprias em programas especiais. Este treinamento ocorre em laboratórios de de-

senvolvimento interpessoal, onde o processo vivencial assume a base principal.

Procurando operacionalizar aspectos comportamentais de competência interpessoal, Moscovici (1981) elaborou o questionário de "Dimensões Interpessoais", contendo 20 ítens, que foi aplicado em 18 grupos de treinamento, totalizando 297 gerentes/ de cinco organizações brasileiras diferentes. Os resultados mostraram pontos mais fortes (competição, independência, flexibilidade e auto-confiança) e pontos mais fracos (reação a feedback, espontaneidade, lidar com conflito e resistência a stress). Estes resultados levaram a autora a concluir que, se o desenvolvimento gerencial não pode ocorrer sem o desenvolvimento interpessoal, é necessária a implantação de uma filosofia humanística de desenvolvimento de potencialidade, atitudes e valores, o que determina uma ação social de longo prazo.

Assim como Argyle (1974), Moscovici (1975; 1981) situa a competência interpessoal com o mesmo sentido de habilidade, embora reconheça também a existência de sub-habilidades envolvidas. Considerando as afirmações de Argyle (1974), Moscovici / (1975; 1981) e Mac Kay (1988), parecem existir comportamentos sociais com diferentes níveis de especificidade.

Além disso, todos estes estudos citados anteriormente sugerem a existência de uma dimensão que pode ser chamada de Competência Social ou Interpessoal, sendo esta dimensão um possível /

fator geral de outros fatores mais específicos relacionados entre si e com o fator geral. Segue abaixo o modelo que define operacionalmente a Competência Social, bem como os outros fatores a ela relacionados.

8.1 - Modelo de Competência Social

O modelo de Competência Social foi criado com base no pensamento fatorial, tal como Eysenck utilizou na elaboração da teoria da personalidade (Eysenck, 1966).

Em um nível mais geral encontra-se a Competência Social, que corresponde ao conjunto de habilidades que torna um indivíduo capacitado a lidar com circunstâncias sociais gerais. Isto significa que, uma pessoa com um alto nível de Competência Social deverá apresentar habilidades em todas ou quase todas as circunstâncias sociais relacionadas à sua vida profissional, afetiva, sexual e social. A Competência Social corresponde à dimensão ou fator geral, sendo portanto um construto teórico.

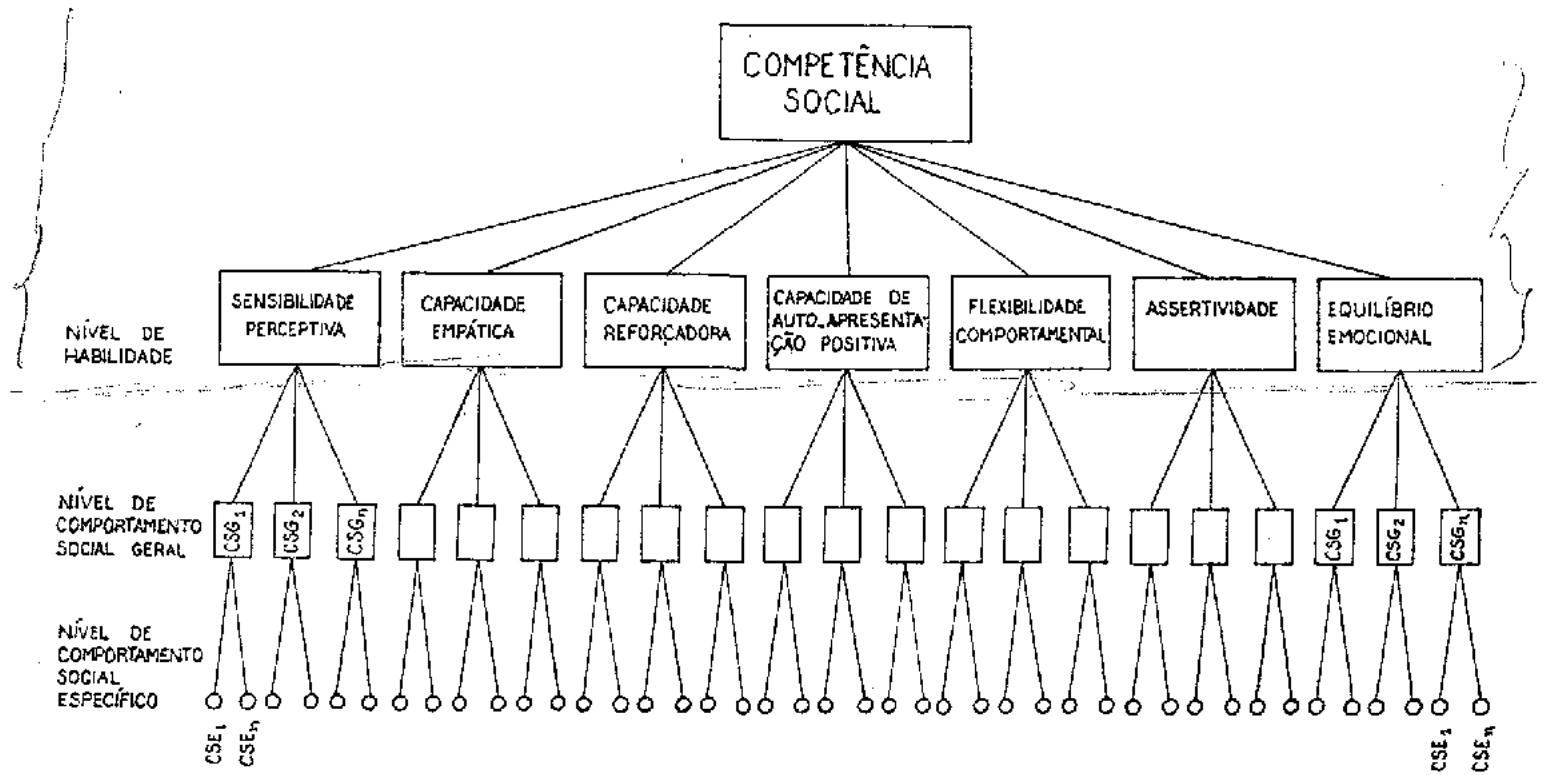
Habilidade Social situa-se numa escala menor de generalidade e compreende o conjunto de comportamentos sociais gerais / que torna um indivíduo capacitado a lidar com circunstâncias sociais específicas. Neste caso, uma pessoa poderá apresentar habilidades em sua vida profissional, porém carecer de outras habilidades na área social ou afetiva. A Habilidade Social corresponde ao fator de grupo, sendo também um construto. Como exemplos de

habilidade Social encontram-se a sensibilidade perceptiva, a flexibilidade comportamental e a capacidade empática.

O próximo nível, o Comportamento Social Geral, corresponde ao conjunto de comportamentos sociais específicos, verbais e não verbais, que atinge um objetivo geral. Mostrar interesse pela conversa de alguém, mostrar admiração pelas qualidades de uma pessoa, etc., constituem exemplos deste fator menos geral, chamado de fator específico. O Comportamento Social Geral, como diz o próprio nome, já pode ser diretamente observado e manipulado, sendo portanto uma variável dependente.

O Comportamento Social Específico abrange todos os comportamentos sociais que atingem um objetivo específico. As respostas relacionadas a este fator compreendem: olhar o outro com atenção, sorrir, elogiar, escutar atentamente, fazer comentários sobre o que a outra pessoa está falando, etc.

A figura abaixo mostra o esquema relacionando a Competência Social aos outros fatores.



A seguir será especificada cada Habilidade Social, com seus respectivos comportamentos sociais gerais e específicos.

H_1 - SENSIBILIDADE PERCEPTIVA

Os indivíduos dotados desta habilidade possuem percepção exata acerca das reações das pessoas, fazendo discriminações mais sutis e penetrantes entre as pessoas.

COMPORTAMENTOS SOCIAIS GERAIS

Para que seja possível a identificação de sensibilidade perceptiva em uma pessoa, é necessário observar a presença de comportamentos, tais como:

A- Ouvir o conteúdo literal da fala, os aspectos não verbais e emotivos da mesma.

B- Observar a expressão facial e outros sinais corporais

COMPORTAMENTOS SOCIAIS ESPECÍFICOS

O conjunto de respostas que vai caracterizar cada comportamento social geral pode também ser observado diretamente e treinado:

A:

1- Escutar o tom de voz, observando alterações.

2- Concentrar-se no conteúdo das palavras.

3- Relacionar a coerência entre o tom de voz e o con-

teúdo das palavras.

B: Através de rápidos movimentos do olhar, observar várias vezes:

1- Os olhos.

2- Os músculos faciais.

3- Os movimentos corporais.

4- Relacionar todas estas reações.

.....

H_2 - CAPACIDADE EMPÁTICA

As pessoas que apresentam esta habilidade são capazes de sentir o que sentiriam se estivessem na situação do outro.

COMPORTAMENTOS SOCIAIS GERAIS

A- Manifestar compreensão acerca do ponto de vista do outro.

B- Mostrar interesse pelos sentimentos do outro em relação às próprias atitudes.

C- Mostrar interesse pelos sentimentos do outro em relação a outras circunstâncias.

COMPORTAMENTOS SOCIAIS ESPECÍFICOS

A:

1- Viver o papel do outro na situação (imaginar-se em uma situação vivida semelhante).

2- Identificar os próprios sentimentos ao viver a situação do outro.

B:

1- Perguntar como o outro está se sentindo e comparar com os próprios sentimentos.

2- Verbalizar como se sentiria no papel do outro e expressar concordâncias e discordâncias acerca do comportamento / do outro.

C:

Repetição dos mesmos comportamentos do ítem B.

.....

H_3 - CAPACIDADE REFORÇADORA

Indivíduos dotados de capacidade reforçadora provocam nos outros sentimentos positivos.

COMPORTAMENTOS SOCIAIS GERAIS

A- Demonstrar interesse pelo que o outro está falando.

B- Manifestar admiração pelas qualidades do outro.

C- Estar disponível para ajudar nos problemas do outro.

D- Mostrar-se interessante e animado.

COMPORTAMENTOS SOCIAIS ESPECÍFICOS

A:

1- Olhar atentamente para os olhos do outro, quando este está falando.

2- Acenar afirmativamente com a cabeça, sempre que houver afinidades de pensamentos.

3- Interromper o discurso com perguntas e/ou comentários que acrescentem algo.

B:

1- Olhar com expressão de admiração a cada vez que a outra pessoa realizou algo admirável.

2- Elogiar as qualidades do outro.

3- Comparar estas qualidades com as de outras pessoas.

C:

1- Ouvir atentamente o relato do outro, procurando entender o problema.

2- Expressar opiniões acerca do problema.

3- Propor alternativas úteis à solução do problema.

D:

1- Manter conversa interessante.

.....

H_4 - CAPACIDADE DE AUTO-APRESENTAÇÃO POSITIVA

Pessoas que se apresentam positivamente provocam confiança nas próprias habilidades pessoais e/ou profissionais, com o objetivo de favorecer a aprendizagem do outro e aumentar a in

teração pessoal e/ou profissional.

COMPORTAMENTOS SOCIAIS GERAIS

A- Demonstrar conhecimento acerca do que se está conversando.

B- Assumir o desconhecimento sobre algum assunto, demonstrando interesse em conhecê-lo

COMPORTAMENTOS SOCIAIS ESPECÍFICOS

A:

1- Expressar opiniões a respeito.

2- Fazer perguntas que levem o outro a refletir.

3- Acrescentar com novos dados.

B:

1- Revelar sinceramente o desconhecimento.

2- Fazer perguntas a respeito do assunto desconhecido.

3- Tirar conclusões a respeito do assunto.

.....

H_5 - FLEXIBILIDADE COMPORTAMENTAL

Capacidade de interagir adequadamente com diferentes tipos de pessoas e em diferentes situações.

COMPORTAMENTOS SOCIAIS GERAIS

A- Estar atento aos feedbacks verbais e não verbais fornecidos pela outra pessoa (Ex.: se ela está entendendo ou não , etc.).

B- Corrigir ações em função destes feedbacks.

COMPORTAMENTOS SOCIAIS ESPECÍFICOS

A- Ver sensibilidade perceptiva

B- Mudanças de comportamento de acordo com os feedbacks (Ex.: falar mais devagar ou mais alto, etc.).

.....

H_6 - ASSERTIVIDADE

Pessoas assertivas expressam adequadamente seus sentimentos e interesses, de forma verbal e não verbal.

COMPORTAMENTOS SOCIAIS GERAIS

A- Dizer não a pedidos, expressando claramente as razões sem sentir culpa.

B- Criticar de forma construtiva, apontando os aspectos positivos da pessoa, situando o aspecto negativo, expressando os próprios sentimentos e propondo alternativas de mudança.

C- Expressar francamente os próprios sentimentos acerca do que está incomodando, sem rotular a outra pessoa.

D- Expressar sentimentos positivos, apontando as qualidades da outra pessoa, expressando os sentimentos que esta pro-

voca.

E- Discordar, respeitando o ponto de vista do outro, / sem se posicionar como o dono da verdade.

F- Cortar conversa de pessoa inconveniente, interrompendo o discurso firme e gentilmente, justificando a retirada.

G- Receber críticas das outras pessoas, ouvindo-as atentamente, tentando entender claramente, em vez de se defender através de justificativas.

H- Impor-se com superiores, defendendo os próprios direitos, sem agir de forma autoritária.

I- Impor-se com subordinados, dando ordens tranquilamente e fazendo críticas quando necessário.

J- Impor-se publicamente, defendendo os próprios direitos, agindo firmemente sem usar de agressividade.

K- Fazer elogios tranquilamente, apontando as qualidades da pessoa, especificando cada uma delas.

L- Receber o elogio de forma receptiva, expressando os próprios sentimentos positivos.

M- Lidar com pessoas autoritárias, apontando as suas reações agressivas, solicitando que esta se comporte de forma mais adequada.

COMPORTAMENTOS SOCIAIS ESPECÍFICOS

Para cada situação específica de cada comportamento so-

cial geral, deverá haver coerência entre reações verbais e não verbais. Ex.:

A:

1- Dizendo não a um pedido de empréstimo de dinheiro, olhando nos olhos da outra pessoa, falando objetivamente sobre / as razões, utilizando um tom de voz firme e decidido.

.....

H_7 - EQUILÍBRIO EMOCIONAL

Capacidade de agir de forma equilibrada diante de situações sociais, ser descontraído, à vontade, etc.

COMPORTAMENTOS SOCIAIS GERAIS

A- Usar raciocínio lógico para dialogar.

B- Impedir que a ansiedade ultrapasse um limiar que prejudique o desempenho.

COMPORTAMENTOS SOCIAIS ESPECÍFICOS

A:

1- Procurar por em cheque as fantasias diante de situações sociais.

2- Enfrentar situações de conflito.

B:

1- Procurar relaxar sempre que houver sinal de ansieda

de.

2- Reestruturar os pensamentos irracionais provocadores de ansiedade.

.....

8.2 - Comparações do Modelo com Outras Considerações Teóricas

O modelo de Competência Social propõe a existência de um fator geral que relaciona-se com os outros fatores mais específicos. De acordo com esta disposição, torna-se possível medir e desenvolver a Competência Social de uma pessoa.

A medida da Competência Social é viável através da quantidade de habilidades que um indivíduo apresenta, e não pelas consequências positivas ou negativas acarretadas pelo comportamento da pessoa, como propôs Argyle (1974). Assim, através da observação dos comportamentos sociais específicos e gerais, podemos chegar ao nível de cada habilidade e finalmente, da Competência Social. Podemos também prever comportamentos sociais gerais e específicos, a partir do conhecimento das habilidades do indivíduo. Evidentemente, muitas pesquisas deverão ser realizadas para que se possa chegar aos critérios válidos de medidas de habilidades e de Competência Social.

O desenvolvimento da Competência Social ocorre indiretamente, pela identificação das habilidades em deficit e pelo trei

namento de comportamentos sociais específicos e gerais relacionados a estas habilidades. O treinamento deve envolver os níveis / cognitivos, autonômicos e motores.

8.3 - Competência Social e Personalidade

Relacionando o modelo descrito neste capítulo com a teoria da personalidade de Eysenck, torna-se possível estabelecer / as seguintes combinações:

1- Os indivíduos introvertidos com neuroticismo elevado, provavelmente apresentarão um nível baixo de C.S., com deficit em habilidades sociais. Haverá uma predisposição a fobias sociais.

2- Os sujeitos introvertidos com baixo neuroticismo possivelmente possuirão um nível médio de C.S., com algumas habilidades sociais elevadas (capacidade empática, sensibilidade perceptiva, flexibilidade comportamental). Os introvertidos são / mais bem sucedidos na interação com uma pessoa do que com grupos.

3- Os extrovertidos com neuroticismo elevado tenderão à C.S. média, com algumas habilidades sociais elevadas (capacidade reforçadora, capacidade de auto-apresentação positiva). Estes indivíduos serão mais bem sucedidos na interação com grupos. Haverá predisposição à histeria e psicopatia.

4- Os sujeitos com maiores possibilidades de C.S. eleva-

da são os extrovertidos com baixo neuroticismo.

As combinações citadas acima não poderão ser consideradas sem as influências ambientais. A história do indivíduo exercerá grande influência na formação da Competência Social.

8.4 - Vantagens do Modelo Fatorial de Competência Social

Diversas são as vantagens do modelo de Competência Social, as quais serão descritas a seguir.

1- O modelo engloba todos os tipos de problemas de interação social, desde as fobias sociais até a delinquência. Eliminam-se as divergências de terminologia e a compreensão dos problemas interpessoais se resume a um baixo nível de Competência Social, por deficit em determinadas habilidades. Os fatores causais (medo de rejeição, agressividade reforçada, etc.), serão identificados na análise funcional.

2- O terapeuta que utilizar o modelo fatorial terá mais possibilidades de identificar, de modo mais específico, as dificuldades sociais de seu cliente e com isto desenvolver as habilidades em deficit.

3- O modelo fatorial permite a ampliação de técnicas sociais específicas para o treinamento de cada habilidade.

4- O desenvolvimento de habilidades sociais possibilita o aumento da capacidade profissional, principalmente daquelas / funções que dependam de interação social.

8.5 - Conclusões

O modelo fatorial de Competência Social exigirá um vasto estudo até que se torne possível a sua aplicação. Cada habilidade deverá ser pesquisada exaustivamente no sentido de se identificar os comportamentos sociais específicos e gerais e de se criar estratégias de medidas confiáveis para a avaliação da Competência Social.

Qualquer que seja o esforço empregado neste estudo, não há dúvidas de que será válido. O modelo fatorial poderá ser utilizado na clínica como método auxiliar de diagnóstico e de tratamento de todos os problemas onde as dificuldades interpessoais estejam presentes. Nas empresas este modelo também poderá ser aproveitado no sentido de melhorar o desempenho profissional e social dos funcionários. Como trabalho preventivo, o treinamento de habilidades sociais nas escolas aumentará o nível de Competência Social das crianças, minimizando a ocorrência de problemas futuros.

Além das possibilidades práticas acima descritas, o modelo fatorial constitui o início de muitos outros trabalhos que se complementarão a ele. Sua disposição organizada e sistemáti-

ca permite que novas habilidades possam ser descobertas e incorporadas ao conjunto já existente.

BIBLIOGRAFIA

ALBERTI, R.E. & EMMONS, M.L., Comportamento Assertivo. Um Guia de Auto-Expressão, B. Horizonte, Interlivros, 1983.

ARGYLE, M., Comunicação e Dinâmica de Grupo - Bases Psicológicas, S. Paulo, IBRASA, 1974.

ARGYLE, M.; TROWER, P.; BRYANT, B., Explorations in the Treatment of Personality Disorders and Neuroses by Social Skills Training, Br. J. Med. Psychol., 47 - 63, 1974.

BANDURA, A., Modificação do Comportamento, R. Janeiro, Interamericana, 1979.

BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F. & EMERY, G., Terapia Cognitiva da Depressão, R. Janeiro, Zahar, 1982.

BELFER, P.L. & LEVENDUSKY, P., Long - Term Behavioral Group Psychotherapy: An Integrative Model, in D. Upper & S.M. Ross (eds.), Handbook of Behavioral Group Therapy, N.York, Plenum Press, 1985.

BRUCH, M. & MEYER, V., Avaliação e Tratamento de Sentimentos de

Insegurança, em H.Lettner e B. Range (eds.), Manual de Psicoterapia Comportamental, S. Paulo, Manole, 1988.

CAUTELA, J.R. & UPPER, D., The Process of Individual Behavior Therapy, in M.Hersen, R.M. Sister & P.M.Miller (eds.), / Progress in Behavior Modification, N. York, Academic Press, 1973. Vol. I.

COREY, G.; COREY, M.S; CALLANAN, P.J. & RUSSELL, J.M., Técnicas de Grupo, R. Janeiro, Zahar, 1983.

DSM - III, American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washinton, 1978.

ELLIS, A., Reason and Emotion in Psychoterapy, N. York, Citadel Press, 1979.

EMMELKAMP, M.G. & KUIPERS, C.M., Behavioral Group Therapy for Anxiety Disorders, in D. Upper & S; Ross (eds.), Handbook of Behavioral Group Therapy, New York, Plenum Press, 1985.

EYSENCK, H.J., Dimensions of Personality, London, Bookprint, / 1966.

EYSENCK, H.J., Fato e Ficção na Psicologia, S.Paulo, IBRASA, 1968.

EYSENCK, H.J., Você e Neurose, Rio de Janeiro, Zahar, 1979.

FORD, J.D., Therapeutic Relationship in Behavior Therapy: An Empirical Analysis, Journal of Consulting and Clinical / Psychology, Vol. 46, nº 6, 1302 - 1314, 1978.

GOLDSMITH, J.B. & MC FALL, M.R., Development and Evaluation of an Interpessonal Skill-Training Program for Psychiatric Inpatients, Journal of Abnormal Psychology, Vol. 84, nº 1, 51 - 58, 1975.

GARCIA, O.M., Comunicação em Prosa Moderna, R. Janeiro, F.G.V., 1986.

HAZEL, J.S.; SHERMAN, J.A.; SCHUMAKER, J.B. e SELDON, J., Group Social Skills Training with Adolescents: A Critical Review, in D. Upper & S.M.Ross (eds.), Handbook of Behavioral Group Therapy, N. York, Plenum Press, 1985.

KANFER, F. H. & PHILLIPS, J., Os Princípios da Aprendizagem na Terapia Comportamental, S.Paulo, E.P.U., 1975.

KERLINGER, F.N., Foundations of Behavioral Research, N. York, Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1973.

LANNA, G., Teste de Assertividade de Lanna, manuscrito ainda não publicado.

LAZARUS, A.A., Terapia Comportamental na Clínica, B. Horizonte, Interlivros, 1975.

LAZARUS, A.A., Psicoterapia Personalista - Uma visão além dos princípios de Condicionamento, B. Horizonte, Interlivros, 1980.

LETTNER, H., Avaliação, Formulação e Planejamento Comportamental. Estudo de um caso, J. bras. Psiq., 32 (1): 21-26, 1983.

LETTNER, H., O Modelo Experimental na Avaliação Clínica, J. bras. Psiq., 34 (1): 35-38, 1985.

LETTNER, H.; SHINOHARA, H. e LANNA, G., Depressão, em H.Lettner e B.Range (eds.), Manual de Psicoterapia Comportamental, S. Paulo, Manole, 1988.

LETTNER, H. e RANGE, B., Manual de Psicoterapia Comportamental,

S.Paulo, Manole, 1988.

LEVIN, J., Estatística Aplicada A Ciências Humanas, S. Paulo, Harper & How do Brasil, 1985.

MAC KAY, D., Dificuldades Sociais e Interpessoais, em H.Lettner e B. Range (eds.), Manual de Psicoterapia Comportamental, S. Paulo, Manole, 1988.

MEYER, V. e TURKAT, I.D., Behavioral Analysis of Clinical Cases, J. Behav. Assess, 1: 259-270, 1979.

MEYER, V. & TURKAT, I.D., Análise Comportamental de Casos Clínicos, em H. Lettner e B. Range (eds.), Manual de Psicoterapia Comportamental, S. Paulo, Manole, 1988.

MOSCOVICI, F., Competência Interpessoal no Desenvolvimento de Gerentes, S. Paulo, Rev. de Administração de Empresas, / F.G.V., 21 (2): 17-25, 1981.

MOSCOVICI, F., Desenvolvimento Interpessoal, R. Janeiro, Livros Técnicos e Científicos, 1985.

NICK, E. e KELLNER, S.R., Fundamentos de Estatística para as

Ciências do Comportamento, R. Janeiro, Renes, 1971.

RANGE, B. e ERTHAL, T., A Relação Terapêutica na Abordagem Comportamental, em H.Lettner e B.Range (eds.), Manual de Psicoterapia Comportamental, S. Paulo, Manole, 1988.

RATHUS, S.A., Instigation of Assertive Behaviour Through / Videotape Mediated Assertive Models and Practice, England, Behaviour Research and Therapy, 11 pp. 57-65, 1973.

RIMM, D.C. e MASTERS, J.C., Terapia Comportamental - Técnicas e Resultados Experimentais, S. Paulo, Manole, 1983.

ROSE, S.D. & LE CROY, C.W., Improving Children's Social / Competence: A Multimodal Behavioral Group Approach, in D. Upper and S.M. Ross (eds.), Handbook of Behavioral Group Therapy, N. York, Plenum Press, 1985.

SELIGMAN, M.E.P., Desamparo - Sobre Depressão, Desenvolvimento e Morte, S. Paulo, HUCITEC, 1977.

SKINNER, B.F., Sobre o Behaviorismo, S. Paulo, Cultrix, 1974.

SPIEGEL, N.R., Estatística, S. Paulo, Megraw-Hill do Brasil, /

1975.

SUNDEL, M. & SUNDEL, S.S., Behavior Modification in Groups: A Time-Limited Model for Assessment, Planning, Intervention, / and Evaluation, in D. Upper & S.M. Ross (eds.), Handbook of Behavioral Group Therapy, N. York, Plenum Press, 1985.

UPPER, D. & ROSS, S.M., Handbook of Behavioral Group Therapy, N. York, Plenum Press, 1985.

VOGE,J.T. & BECK, S., The Therapist - Client Relationship in Behavior Therapy, in M.Hersen, R.M. Sister & P.M.Miller / (eds.), Progress in Behavior Modification, New York, / Academic Press, 1973. Vol. I.

WOLPE, J., Psicoterapia por Inibicion Recíproca, España, Desclée de Brower, 1981.

ZIMBARDO, P., A Timidez, S.Paulo, Martins Fontes, 1972.

ANEXO I

MANUAL DE APLICAÇÃO DAS MEDIDAS

MANUAL DE APLICAÇÃO DAS MEDIDAS

INSTRUÇÕES INICIAIS:

No primeiro contato com os testandos, um dos aplicadores deverá apresentar-se aos colegas. Em seguida, dar as seguintes instruções:

"Nós vamos medir o seu grau de assertividade hoje e depois da maratona.

Esta medida comparativa tem como objetivo avaliar o quanto a maratona foi benéfica para você.

Nós não estamos preocupados em avaliar se as suas respostas estão certas ou erradas. Queremos apenas conhecer as situações nas quais você sente dificuldades em se expressar.

Portanto, não se preocupe em dar respostas socialmente aceitas. Procure responder o tempo todo do mesmo modo que você reagiria no seu dia a dia, no contato com as pessoas do seu conhecimento.

Com base nas suas dificuldades é que serão construídas as técnicas que lhe ajudarão a superar a sua ansiedade.

I - APLICAÇÃO DO TESTE WILLOUGHBY: (apenas um aplicador na sala)

Entregar o teste para o testando responder.

(Instruções no próprio teste)

II - APLICAÇÃO DO TESTE LANNA DE ASSERTIVIDADE: (dois aplicadores na sala. Enquanto um aplica, o outro anota.)

INSTRUÇÕES: "Vou apresentar a você alguns cartões. Em cada cartão existe uma situação. Você deverá se colocar no lugar do personagem da situação, como se isto estivesse acontecen

do agora com você.

Procure responder de acordo com a sua maneira habitual de reagir e não dentro do que seria mais adequado.

Em vez de descrever o que você diria, você deverá dizer , como se isto estivesse o correndo agora."

Após cada resposta do testando, perguntar o sentimento experimentado por ele naquela situação e a probabilidade com que ele daria aquela resposta.

III - JOGO DE PAPÉIS: (três aplicadores na sala. Um expõe a situação e avalia. Outro dramatiza e o último anota as respostas).

INSTRUÇÕES: "Nós vamos expor algumas situações nas quais você deverá desempenhar um papel. Você irá tentar representar o papel que nós daremos a você. Alguns são mais fáceis e outros mais difíceis. Caso você não consiga desempenhar o papel até o final, não tem importância. Tente ao máximo, mas dentro do que lhe for possível."

Após cada situação dramatizada, o cliente deverá avaliar o seu grau de desconforto na folha de AVALIAÇÃO DO GRAU DE DES - CONFORTO.

IV - ENTREVISTA ESTRUTURADA: (dois aplicadores na sala. Um faz as perguntas e o outro anota).

OBSERVAÇÕES:

1) Evitar conchichos e olhares significativos na presença do cliente.

2) Durante o teste Willoughby, ficar apenas um aplicador na sala.

3) Durante o teste Lanna, os três podem ficar na

sala.

4) Durante o Jogo de Papéis:

1 Dramatista

1 Registro de Respostas do sujeito

1 Registro de avaliação do desempenho

5) Durante a entrevista estruturada:

1 observador faz as perguntas e o outro regis tra as respostas.

6) Durante as dramatizações NÃO PODE HAVER RISOS REDUTORES DE ANSIEDADE. Caso o cliente comece a rir, ignorar o seu sorriso completamente. Isto já constitui um dado de avalia - ção.

ANEXO II

TESTE WILLOUGHBY

INVENTÁRIO WILLOUGHBY PARA AUTO-ADMINISTRAÇÃO

NOME .....

INSTRUÇÕES

As questões deste questionário visam indicar traços emocionais de sua personalidade. Não é um teste no sentido absoluto, pois não existem respostas certas ou erradas em qualquer questão. Antes de cada questão você encontrará uma fila de números cuja explicação é dada abaixo. Tudo o que você deve fazer é traçar um círculo em volta do número que descreve você da melhor maneira.

0 significa: não; de modo algum; nunca; etc.

1 significa: um pouco; algumas vezes; de algum modo; etc.

2 significa: mais ou menos; em média; etc.

3 significa: usualmente; bastante; frequentemente; etc.

4 significa: praticamente sempre; muito frequentemente; etc.

0 1 2 3 4 1. Você fica ansioso se tem que falar ou fazer qualquer coisa diante de um grupo de estranhos?

0 1 2 3 4 2. Você fica aborrecido se faz papel de bobo ou sente que pareceu tolo?

0 1 2 3 4 3. Você tem medo de cair quando está num lugar alto, mesmo que não haja perigo real de cair - por exemplo, olhando para baixo de uma sacada do décimo andar de um edifício?

0 1 2 3 4 4. Você procura passar despercebido em reuniões sociais?

0 1 2 3 4 5. Você é facilmente ferido pelo que os outros fazem ou dizem de você?

0 1 2 3 4 6. Você costuma ter oscilações de humor sem qualquer explicação?

0 1 2 3 4 7. Você se sente pouco à vontade quando tem oportunidade de conhecer pessoas?

0 1 2 3 4 8. Você costuma sonhar acordado frequentemente, isto é, perde-se em fantasias (sonhos) que não implicam em situação concreta?

0 1 2 3 4 9. Você desanima facilmente, isto é, quando fracassa ou quando é criticado?

0 1 2 3 4 10. Você costuma dizer coisas no calor da discussão e depois de arrepender?

0 1 2 3 4 11. Você chora facilmente?

0 1 2 3 4 12. Você fica perturbado pela simples presença de outras pessoas?

0 1 2 3 4 13. Você se incomoda quando alguém observa você trabalhar, mesmo quando o faz bem?

0 1 2 3 4 14. A crítica o magoa muito?

0 1 2 3 4 15. Você atravessa a rua para evitar encontrar certas pessoas?

0 1 2 3 4 16. Numa recepção você costuma afastar-se para evitar encontrar pessoas importantes?

0 1 2 3 4 17. Você se sente frequentemente "na fossa"?

0 1 2 3 4 18. Você hesita em se apresentar como voluntário, em participar numa discussão de grupo quando não conhece bem as outras pessoas?

0 1 2 3 4 19. Você tem sensações de isolamento quando está realmente só mesmo entre outras pessoas?

0 1 2 3 4 20. Você se sente mal frente a superiores?

0 1 2 3 4 21. Falta a você auto-confiança em suas habilida

des para realizar tarefas ou enfrentar situações?

0 1 2 3 4 22. Você se preocupa com a sua aparência, mesmo quando está bem vestido e penteado?

0 1 2 3 4 23. Você fica assustado quando vê sangue, feridos ou desastres, mesmo que não haja qualquer perigo real para você?

0 1 2 3 4 24. Você acha que, de um modo geral, outras pessoas são melhores do que você?

0 1 2 3 4 25. É difícil para você tomar uma decisão?

ANEXO III

TESTE LANNA

GERALDO LANNA
CEP 22440 - R. Janeiro, Brasil

PRANCHA Nº 1

GERALDO LANNA
CEP 22440 - R. Janeiro, Brasil

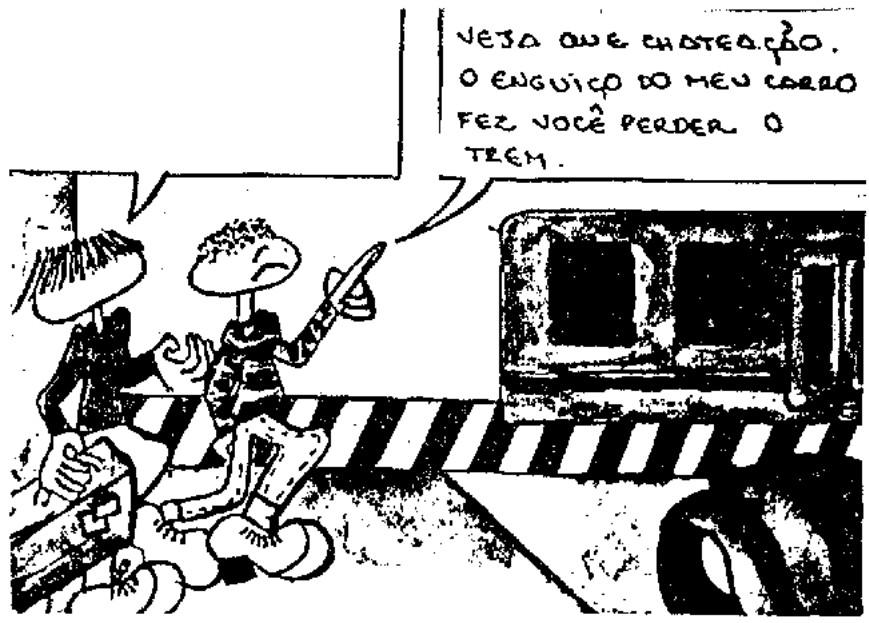
PRANCHA Nº 2

GERALDO LANNA
CEP 22440 - R. Janeiro, Brasil

PRANCHA Nº 3

GERALDO LANNA
CEP 22440 - R. Janeiro, Brasil

PRANCHA Nº 4



GERALDO LANNA
CEP 22440 - R. Janeiro, Brasil

PRANCHA Nº 5

GERALDO LANNA
CEP 22440 - R. Janeiro, Brasil

PRANCHA Nº 6

GERALDO LANNA
CEP 22440 - R. Janeiro, Brasil

PRANCHA Nº 7

GERALDO LANNA
CEP 22440 - R. Janeiro, Brasil

PRANCHA Nº 8

GERALDO LANNA
CEP 22440 - R. Janeiro, Brasil

PRANCHA Nº 9

GERALDO LANNA
CEP 22440 - R. Janeiro, Brasil

PRANCHA Nº 10

GERALDO LANNA
CEP 22440 - R. Janeiro, Brasil

PRANCHA Nº 11

GERALDO LANNA
CEP 22440 - R. Janeiro, Brasil

PRANCHA Nº 12

GERALDO LANNA
CEP 22440 - R. Janeiro, Brasil

PRANCHA Nº 13

GERALDO LANNA
CEP 22440 - R.Janeiro, Brasil

PRANCHA Nº 14

GERALDO LANNA
CEP 22440 - R. Janeiro, Brasil

PRANCHA Nº 15

GERALDO LANNA
CEP 22440 - R. Janeiro, Brasil

PRANCHA Nº 16

GERALDO LANNA
CEP 22440 - R. Janeiro, Brasil

PRANCHA Nº 17

GERALDO LANNA
CEP 22440 - R. Janeiro, Brasil

PRANCHA Nº 18

GERALDO LANNA
CEP 22440 - R. Janeiro, Brasil

PRANCHA Nº 19

GERALDO LANNA
CEP 22440 - R. Janeiro, Brasil

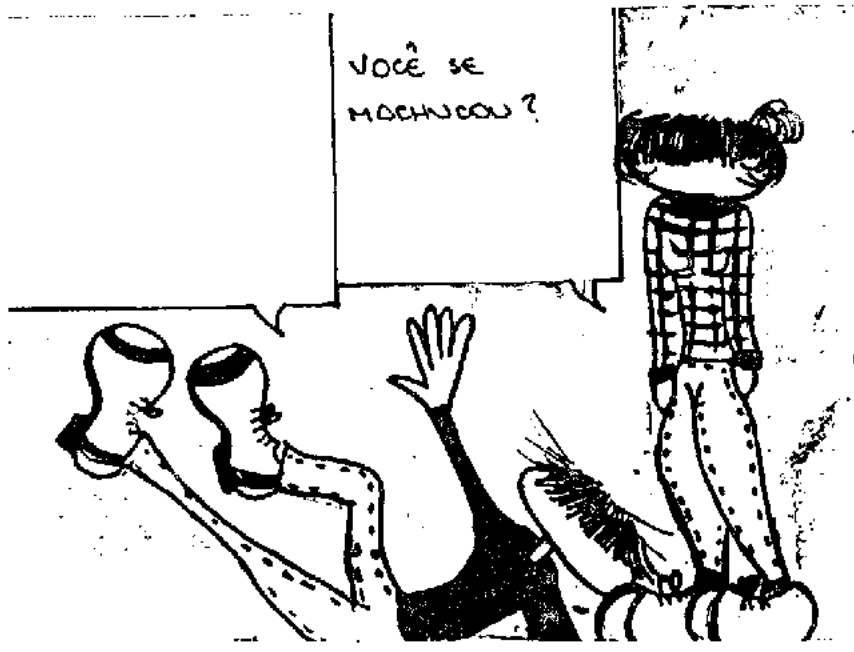
PRANCHA Nº 20

GERALDO LANNA
CEP 22440 - R.Janeiro, Brasil

PRANCHA Nº 21

GERALDO LANNA
CEP 22440 - R. Janeiro, Brasil

PRANCHA Nº 22

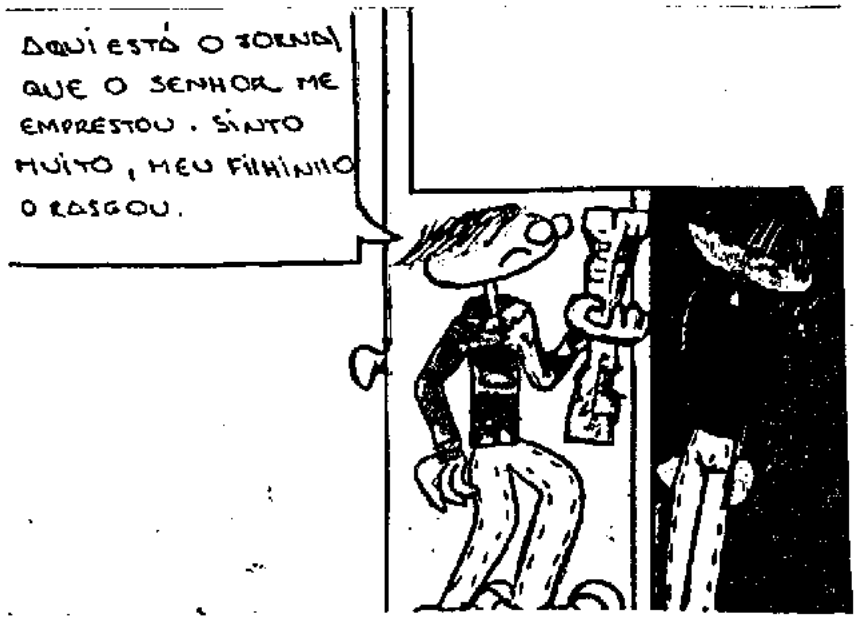


GERALDO LANNA
CEP 22440 - R. Janeiro, Brasil

PRANCHA Nº 23

GERALDO LANNA
CEP 22440 - R. Janeiro, Brasil

PRANCHA Nº 24



ANEXO IV

SITUAÇÕES DO JOGO DE PAPÉIS

SITUAÇÃO Nº 1 - Recusando um convite para um encontro.

Você chegou do trabalho muito cansado(a) e decidiu tomar um banho e ler um bom livro. Toca o telefone e você vai atender. Um(a) amigo(a) lhe convida para sair porque não quer ficar sozinho(a) em casa.

AMIGO(A): Oi, fulano(a). Que bom te encontrar em casa. Estava com uma vontade enorme de te ver, de bater um papo. Vamos jantar esta noite?

TESTANDO: .....

AMIGO(A): Que nada, mas se você sair vai acabar relaxando. Afinal eu estou certo(a) de que serei uma boa companhia para você. Além disso, eu ia ficar muito feliz em te ver.

TESTANDO: .....

AMIGO(A): Olha, eu vou te pegar de carro e te deixo em casa. Não recuse, por favor. Estou me sentindo tão só ! E com saudades de você. Vamos, não diga não!

TESTANDO: .....

SITUAÇÃO Nº 2 - Pedindo discos emprestados a um amigo.

Você vai dar uma festa em sua casa e resolve pedir alguns discos emprestados a um amigo. Você encontra-se com ele e aproveita a oportunidade.

TESTANDO: .....

AMIGO(A): Sinto muito, fulano(a). Mas depois que eu emprestei um long-play dos Beatles e me devolveram arranhado, prometi a mim mesmo que não iria mais emprestar meus discos nem

à minha mãe.

TESTANDO: .....

AMIGO(A): Sinto desapontar você, mas não vai ser possível lhe emprestar. Sei que você é cuidadoso, mas não se sentiria bem emprestando, mesmo para você.

TESTANDO: .....

SITUAÇÃO Nº 3 - Expressando desagrado a um amigo que telefona de madrugada.

Um(a) amigo(a) costuma lhe telefonar tarde da noite para bater papo. Você tem aceitado porque costuma deitar - se em torno de meia-noite. Certo dia ele(a) telefona às duas da madrugada. Você já estava dormindo.

AMIGO(A): Fulano? Estava dormindo?

TESTANDO: .....

AMIGO(A): Ah, é? Estou ligando para te contar uma grande novidade. Comprei um Santana zerinho.

TESTANDO: .....

AMIGO(A): Bom, como você dorme tarde mesmo, imaginei que iria te encontrar acordado(a). Quer dizer, não tinha certeza, mas resolvi arriscar. Você não leva a mal, não e?

TESTANDO: .....

SITUAÇÃO Nº 4 - Lidando com a crítica de um colega de trabalho.

Ontem você brigou com um(a) colega de trabalho . Ocorre que você e ele(a) deveriam cumprir uma determinada tarefa para ser entregue ao chefe. Vocês ficariam cada um com a metade

da tarefa. Você cumpriu a sua parte à tempo, mas o seu colega não. Isto o aborreceu e você então decidiu entregar a sua parte ao chefe, dizendo que o seu colega iria entregar a dele quando estivesse pronta. Seu colega se aborreceu com isto e o acusou de estar "puxando o tapete dele". Aí vocês brigaram. No dia seguinte, seu colega vem falar com você.

COLEGA: Eu quero me desculpar pelo que houve ontem. Acho que fui injusto ao dizer que você estava puxando o meu tapete. Só que eu não gostei, não gostei mesmo de você ter feito aquilo comigo. Você não deveria ter entregue a sua parte ao chefe sem antes conversar comigo sobre isso.

TESTANDO: .....

COLEGA: Reconheço que não entreguei minha parte a tempo. Mas também estava sobrecarregado. Acho que não lhe custava me dar uma chance. O problema é que você tende a ser muito exigente com você e com os outros. Quando se trabalha em equipe, é preciso ser mais tolerante.

TESTANDO: .....

COLEGA: (A)Está vendo? Estou tentando me comunicar com você, mas vejo que assim é difícil. Você não aceita críticas.

(B) Bem, espero que numa próxima vez nós possamos nos entrosar melhor. Vou tentar aprontar a minha parte dentro do prazo estabelecido.

TESTANDO: .....

SITUAÇÃO Nº 5 - Defendendo o seu ponto de vista em uma discussão.

Desta vez você deverá dar o seu ponto de vista

a respeito de um tema. Eu vou dizer o tema e você deverá dizer se é contra ou a favor, justificando as razões. O tema é: RELA - ÇÃO EXTRA-CONJUGAL.

TESTANDO: .....

APLICADOR: (A) Não concordo. As pessoas precisam também ter a sua liberdade. É preciso haver uma certa aventura se não fica monótona a relação .... etc.

(B) Não concordo. Afinal as pessoas precisam se respeitar. Quando ocorre uma relação extra- conjugal é porque o casamento não vai bem ... etc.

TESTANDO: .....

APLICADOR: (Deixar o cliente contra-argumentar 3 vezes após a sua primeira opinião).

SITUAÇÃO Nº 6: Cobrando a devolução de um dinheiro emprestado

Você emprestou cem mil cruzados a um(a) amigo(a) que ficou de lhe devolver um mês depois. O prazo já se extinguiu e uma semana depois, você decide cobrar.

TESTANDO: .....

AMIGO(A): Foi bom você ter falado. Eu ia falar hoje com você. Ocorre que surgiram uns problemas e eu tive que pagar outras dívidas e fiquei duro(a) de novo. Daria para eu te pagar daqui há um mês?

TESTANDO: .....

AMIGO(A): Ih! Não sei como vai ser, porque eu não tenho o dinheiro agora para te pagar.

TESTANDO: .....

AMIGO: Puxa! Eu te prometo que pago sem falta no próximo mês. É só mais um mês.

TESTANDO: .....

SITUAÇÃO Nº 7: Criticando um amigo fofoqueiro

Você tem um(a) amigo(a) de quem gosta muito. Ele(a) é prestativo(a), alegre, agradável, etc., só que tem um defeito chato. Está sempre fofocando. Hoje ele(a) vem lhe visitar e começa a contar uma fofoca, quando você decide fazer uma crítica construtiva a este comportamento dele(a).

AMIGO(A): Vocênão sabe o que aconteceu... tenho uma para te contar que você não vai acreditar. Sabe aquele namorado da Ângela? Aquele mais recente ... estava com uma garota no maior amor no cinema. Eu vi, mas eles não me viram. Imagine só se ela descobre ...

TESTANDO: .....

AMIGO(A): Ora. Mas o que é que tem? Eu não minto. Falo, mas falo a verdade. E depois, todo o mundo fala dos outros.

TESTANDO: .....

AMIGO(A): Você deixaria de ser meu amigo(a) por causa disto? Isto aborrece mesmo você?

SITUAÇÃO Nº 8 - Lutando pela sua vez de ser atendido em uma loja.

Você está em uma drogaria esperando a sua vez de ser atendido(a). Só há um funcionário e você esperou 3 pessoas

que estavam na sua frente. Quando chega a sua vez, uma pessoa chega e faz o pedido na sua frente. O funcionário olha para ela, ouvindo o que ela tem a pedir.

TESTANDO: .....

FREGUESA: Olha, eu não sei se realmente você estava na minha frente, mas eu vou ser rápida.

TESTANDO: .....

FREGUESA: O tempo que nós estamos discutindo já daria para eu ter sido atendida. Por favor. quer me dar um pacote de algodão e um vidro de álcool? (dirigindo-se ao vendedor).

TESTANDO: .....

SITUAÇÃO Nº 9: Lidando com um(a) colega agressivo(a).

Você tem um(a) colega de trabalho que costuma se comportar agressivamente com os colegas, sempre que lhe cobram algo. Vocês tem um trabalho para fazer em conjunto, mas o seu trabalho é um prosseguimento do dele(a). Até agora ele(a) não lhe deu satisfação sobre a sua parte e você precisa começar a sua. Você então decide falar com ele(a).

TESTANDO: .....

COLEGA: Claro que não. Você está pensando que eu fico aqui dormindo, conversando fiado ou o quê? Quando eu aprontar a minha parte eu te aviso. (voltando a trabalhar).

TESTANDO: .....

COLEGA: Pois é, mas eu ainda não tive tempo nem de começar. E só vou começar quando acabar este serviço que es-

tou fazendo aqui.

TESTANDO: .....

SITUAÇÃO Nº 10: Devolvendo um par de sapatos em uma loja.

Você comprou um par de sapatos que lhe custou dezesseis mil cruzados. Na segunda vez que você usou, a sola descolou no bico e o salto se deslocou completamente. Você decide trocar por outro. Vai à loja e fala com o gerente.

TESTANDO: .....

GERENTE: Sinto muito, mas este sapato é muito caro para que eu possa trocar. Além disto, de todos os sapatos que foram vendidos até agora, não houve nenhuma reclamação. Por onde você andou com estes sapatos?

TESTANDO: .....

GERENTE: Olha, não vai dar para trocar, não. O que eu posso fazer é mandar colar a sola e ele ficará perfeito.

TESTANDO: .....

SITUAÇÃO Nº 11: Criticando um subordinado.

Sua empregada anda relaxando no serviço. Chega sempre atrasada mais de uma hora, não está limpando a casa adequadamente e tem passado muito mal a sua roupa. Você decide conversar com ela.

TESTANDO: .....

EMPREGADA: Eu tenho chegado atrasada porque meu filho está doentinho e tenho que levar ao médico cedinho. A casa

eu tenho limpado tudo direitinho, sim senhor(a). É que aqui dá muita poeira. Mas eu varro todos os dias, passo o pano nos móveis, passo o pano no chão e tudo.

TESTANDO: .....

EMPREGADA: (repetindo os mesmos argumentos)

TESTANDO: .....

SITUAÇÃO Nº 12: Fazendo uma reclamação com o chefe.

Você coordena um setor e é subordinado a um chefe que se dirige a você quando quer dar uma ordem aos seus funcionários. Certo dia, você dá um serviço para um funcionário fazer, com prazo para entregar. Sentindo a demora do funcionário, você resolve cobrar. Ele responde que não o fez porque o seu chefe o mandou parar o que você havia pedido e fazer outro serviço "mais urgente". Você decide conversar com o seu chefe a respeito.

TESTANDO: .....

CHEFE: (muito ocupado). Eu mandei ele fazer outro serviço porque era mais urgente e achei que você não iria se importar. Afinal eu sou seu chefe e eles sabem disso.

TESTANDO: .....

CHEFE: Acho que você está dando importância demais a uma coisa tão simples. Nunca pensei que você fosse fazer uma tempestade num copo de água por causa disto.

TESTANDO: .....

SITUAÇÃO Nº 13: Elogiando um(a) amigo(a)

Você tem um(a) amigo(a) a quem admira muito pelas suas qualidades. É bonito(a) e inteligente, agradável, gentil, honesto(a), sincero(a) sem ser grosseiro, atencioso(a), etc. Você resolve lhe dizer o quanto o(a) admira e gosta dele(a) por estas qualidades.

TESTANDO: .....

AMIGO(A): *Obrigado(a). Você é muito gentil.*

TESTANDO: .....

AMIGO(A): Fico feliz em saber que você pensa isto tudo de mim.

TESTANDO: .....

SITUAÇÃO Nº 14: Recebendo elogios de um(a) amigo(a).

Agora a situação é inversa. Você encontra-se com um(a) amigo(a) que o(a) admira muito e vai dizer isto a você.

AMIGO(A): Sabe, você tem um jeito de ser que me agrada muito. Eu acho um barato. Eu noto que, além de bonito (a) e inteligente, você é uma pessoa extremamente gentil. Eu adoro conversar com você. Você está sempre atento(a) ao que as pessoas falam, como se fosse a coisa mais importante do mundo. Além disso, sua sinceridade não machuca as pessoas. É incrível como você é suave dizendo tudo o que quer. É impossível não gostar de você. Eu adoro você.

TESTANDO: .....

AMIGO(A): Mas você merece tudo isto e muito mais. Eu imagino que deve ser muito fácil para uma mulher (homem) ficar *apaixonado(a) por você*.

TESTANDO: .....

AMIGO(A): Acho você realmente um barato de pessoa. Deve ser um privilégio para uma mulher (homem) ser amado(a) por você.

TESTANDO: .....

ANEXO V

AVALIAÇÃO DO GRAU DE DESCONFORTO

AVALIAÇÃO DO GRAU DE DESCONFORTO

NOME .....

Para cada papel desempenhado, você deverá avaliar o seu grau de desconforto ao TER QUE PASSAR por esta situação, de acordo com os seguintes níveis:

1- Nenhum

2- Um pouco

3- Médio

4- Muito

5- Muitíssimo

1- Recusando um convite para um encontro ( )

2- Pedindo discos emprestados a um amigo ( )

3- Expressando desagrado a um amigo que telefona de madrugada( )

4- Lidando com a crítica de um colega de trabalho ( )

5- Defendendo o seu ponto de vista em uma discussão ( )

6- Cobrando a devolução de um dinheiro emprestado ( )

7- Criticando um amigo fofoqueiro ( )

8- Lutando pela sua vez de ser atendido em uma loja ( )

9- Lidando com uma colega de trabalho agresssiva ( )

10- Devolvendo um par de sapatos em uma loja ( )

11- Criticando um subordinado ( )

12- Queixando-se ao chefe ( )

13- Elogiando um(a) amigo(a) ( )

14- Recebendo elogios de um(a) amigo (a) ( )

.....

ANEXO VI

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS SUJEITOS

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

(Jogo de Papéis)

NOME DO TESTANDO .....

SITUAÇÃO .....

1- Expressão facial coerente com o verbal? ( ) sim ( ) não

Obs: .....

.....

2- Tom de voz: ( ) Firme ( ) Tímido ( ) Neutro

Obs: .....

.....

3- Expressão verbal:

( ) Verbalização clara, sem titubear nas palavras

( ) Falar hesitante, tentando suavizar o problema

( ) Parando entre as palavras para pensar o que dizer

( ) Outros: .....

4- Manifestações aparentes de ansiedade durante a dramatização?

( ) sim ( ) não. Quais? .....

.....

5- Conteúdo das palavras:

( ) Respostas assertivas, bem colocadas, deixando o outro personagem com dificuldades de contra argumentar.

( ) Respostas agressivas, deixando o outro personagem constrangido e ofendido.

( ) Respostas passivas, abrindo espaço para o outro personagem manipular, ou fazendo rodeios, em vez de ir direto ao ponto.

Obs: ....

ANEXO VII

ENTREVISTA ESTRUTURADA

ENTREVISTA ESTRUTURADA

CONCEITO DE ASSERTIVIDADE: Habilidade de expressar, de forma verbal ou não verbal os próprios sentimentos e interesses, de maneira apropriada à situação e sem desrespeitar os direitos dos outros.

ATITUDES PASSIVAS: a pessoa não expressa os seus sentimentos, não luta pelos seus objetivos. A agressividade se volta para dentro.

ATITUDES AGRESSIVAS: a pessoa descarrega as suas emoções de forma descontrolada, sem clarificar os seus sentimentos, rotulando o outro e criando um clima tenso e hostil.

ATITUDES ASSERTIVAS: a pessoa expressa os seus sentimentos clara e honestamente, sem ofender ou humilhar o outro, possuindo mais chances de se comunicar e de atingir os seus objetivos.

De acordo com estas explicações, responder:

1- No seu julgamento, qual a frequência com que você se comporta assertivamente?

( ) Nunca

( ) Raramente

( ) Mais ou menos

( ) Na maioria das vezes

( ) Sempre

2- Quais as situações nas quais você sente dificuldade em agir assertivamente?

( ) Negar algo a alguém

( ) Pedir um favor a alguém

( ) Criticar

( ) Receber críticas

( ) Expressar sentimentos negativos

( ) Expressar sentimentos positivos a alguém do mesmo sexo

( ) Expressar sentimentos positivos a alguém do sexo oposto

( ) Impor-se em público

( ) Trocar mercadorias defeituosas

( ) Impor-se com subordinados

( ) Impor-se com superiores

( ) Discordar

( ) Cortar a conversa de uma pessoa chata

( ) Receber elogios tranquilamente

3- Para cada uma das situações assinaladas, especificar:

a) Reações Cognitivas (o que pensa em cada situação).

b) Reações Autonômicas (o que sente diante destas situa - ções.

4- Quais as pessoas de seu relacionamento com as quais é mais difícil para você lidar assertivamente?

5- Quais as pessoas de seu relacionamento com as quais é mais fácil para você lidar assertivamente?

6- Você tem se sentido prejudicado(a) em sua vida por não agir assertivamente?

(1) Um pouco

(2) Regular

(3) Muito

( ) Na área profissional

( ) Na vida social

( ) Na área sexual

( ) Na área afetiva

7- Ocorrem situações nas quais você reage agressivamente? Em que circunstâncias?

8- Ocorrem situações nas quais você reage passivamente? Em que circunstâncias?

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ, fazendo parte da Banca Examinadora os seguintes professores:

HARALD WOLFGANG LETTNER
PUC/RJ

Mª EUCHARES SENNA MOTTA
PUC/RJ

BERNARD PIMENTEL RANGE
PUC/RJ

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 1989.

Mª EUCHARES DE SENNA MOTTA
Coordenadora dos programas de
Pós-Graduação do Centro de
Teologia e Ciências Humanas