

O treino de aptidões sociais de doentes em ambulatório

LUÍS GAMITO / CATARINA SOARES / MANUEL ALBUQUERQUE *

Todo o ser humano deve possuir capacidades próprias para a obtenção dos objectivos afectivos e instrumentais necessários à sua vida social. As aptidões sociais são o meio de atingir esses objectivos.

Poderá dizer-se como Brady (1984) que as aptidões são «as capacidades que permitem ao indivíduo manifestar comportamentos verbais e não verbais apropriados em situações sociais que facilitam o desenvolvimento de relações interpessoais satisfatórias e a obtenção dos objectivos sociais do indivíduo».

A questão da incapacidade de relacionamento social pode ser uma característica, uma causa contribuidora, ou uma consequência da doença psiquiátrica.

A importância do papel da competência social na saúde mental está fundamentada empiricamente. Zigler e Phillips (1961) sugerem que os níveis pré-mórbidos de competência social são um bom factor de prognóstico da adaptação pós-internamento. Lentz e outros (1971) demonstraram que os níveis de adaptação social estão relacionados com a duração do internamento e do recidivismo.

Inúmeros autores apontam para a relação entre a inaptidão social e os grandes quadros psicopatológicos (Argyle e Kendon, 1967; Gladwin, 1967; Libet e Lewinshon, 1973; Sylph, Ross e Kedward, 1988; Liberman *et al.*, 1977). Para além desta relação, outros

autores chamam a atenção para a associação entre aptidões sociais deficitárias e outros comportamentos inadaptados, tais como a toxicod dependência (Callner e Ross, 1976), ansiedade heterossexual (Curran, 1977), conflito marital (Eisler *et al.*, 1974), abuso alcoólico (Kraft, 1971; Miller *et al.*, 1974) e problemas sexuais (Barlow, 1973).

As dificuldades que cada um pode sentir no necessário relacionamento social serão também atribuíveis a erros de aprendizagem determinados por múltiplas razões, que podem variar desde perturbações da personalidade e graves quadros psicopatológicos até às circunstâncias de ambientes desfavoráveis.

Daí que a utilização de técnicas baseadas nos princípios da aprendizagem sejam consideradas como as mais eficazes na perspectiva terapêutica.

Assim, o treino de aptidões sociais tem valor para todos os que apresentam problemas de relação inter-pessoal quer sejam ou não considerados doentes do foro psiquiátrico.

Temos tido oportunidade de trabalhar com cinco tipos de grupos de pessoas com incapacidades sociais.

1. Doentes psiquiátricos crónicos internados.
2. Doentes psiquiátricos em internamento de curta duração.
3. Doentes psicóticos em ambulatório.
4. Doentes neuróticos em ambulatório.
5. Doentes neuróticos e doentes psicóticos em ambulatório.

* LUÍS GAMITO: Psiquiatra. Serviço de Psiquiatria Comportamental, Hospital Júlio de Matos; CATARINA SOARES: Psicóloga. Serviço de Psiquiatria Comportamental, Hospital Júlio de Matos; MANUEL ALBUQUERQUE: Interno de Saúde Pública.

Contudo deve realçar-se a especificidade deste tipo de trabalho quando aplicado a populações de doentes com psicoses esquizofrénicas, que nos parece merecer especial referência.

O TREINO DE APTIDÕES SOCIAIS EM DOENTES COM PSICOSES ESQUIZOFRÉNICAS

Os primeiros estudos de Bleuler (1908), que criou a designação de «esquizofrenis», e os de Minkowski (1954) apresentaram o *autismo* como um sintoma fundamental ou uma atitude particular do doente (introversão, perda de contacto com a realidade, oposição ao mundo exterior). Atitude que de sintoma se torna em característica fenomenológica própria da psicose esquizofrénica.

Actualmente continua-se a enfatizar a problemática das hipóteses biológicas na determinação da patologia e da fenomenologia da esquizofrenia, como a perturbação da regulação dopaminérgica ao nível dos gânglios de base, striatum ventral, sistema septo-hipocampo e cortex pré-frontal (McKenna, 1987) ou as possíveis correlações anatomo-patológicas como as referidas por Andreassen (1982) e por vários outros estudos, segundo os quais os doentes com alargamento dos ventrículos laterais mostram um compromisso do «sensorium» e uma preponderância de *sintomas negativos* (alogia, perturbações afectivas, incapacidade volitiva, anhedonia, défice da atenção), enquanto aqueles que apresentam ventrículos laterais pequenos poderiam ser caracterizados por *sintomas positivos* (delírios, alucinações, desorganização do pensamento formal, comportamentos bizarros).

A estimulação proveniente do ambiente social determina nestas personalidades respostas de «stress» com aumento do estado de activação orgânica, da ansiedade, e estas respostas não são adaptativas, favorecendo sim os comportamentos de evitação ao contacto. Esta não adaptatividade pode ser compreendida no âmbito das hipóteses actuais que admitem que os sintomas esquizofrénicos tornam-se manifestos, seja qual for o seu mecanismo biológico, quando a pessoa é dominada por problemas situacionais para os quais não tem recursos próprios para os enfrentar.

Uma forma de intervenção terapêutica pode ser pois o trabalhar para o desenvolvimento destes débeis recursos.

Tem-se sabido, desde os anos 60 e 70, através de variados estudos publicados, e, apesar de alguma polémica existente ainda hoje (Liebermann, 77), que as recaídas aumentam em lares onde existe uma mais elevada *emocionalidade expressa* (EE) e em pacientes que experimentam um prolongado contacto face a face com a sua família, para além da situação dos pacientes que não recebem medicação. O risco de recaídas é quatro vezes maior em famílias onde predominem os comentários críticos e onde exista um envolvimento excessivo do que em famílias sem estas características. Contudo, autores anglo-saxónicos afirmam que nas entrevistas realizadas com familiares, mais de metade dos entrevistados mostraram ter uma atitude tolerante, de ajuda e não crítica para com o paciente. Parece ser o grupo de maior risco, aquele que é constituído por indivíduos do sexo masculino vivendo em casa com os pais com um alto nível de emocionalidade expressa (Brown, Birley e Wing, 1972; Vaughn e Leff, 1976).

May (1976), num follow-up de 2 a 5 anos depois da 1.ª admissão hospitalar mostrou que o internamento é menor quando é fornecida ao doente psicoterapia individual do tipo «compreensão psicológica» não melhoraram mais do que o grupo de controlo. Mas a terapia de «grupo centrada na realidade» era mais efectiva do que a observada no grupo de controlo ou no grupo tipo «compreensão psicológica».

Outros trabalhos como os de Hogarth *et al.* (1974) em 374 doentes esquizofrénicos avaliados

QUADRO I *Psicoses Esquizofrénicas*

Risco de Recaídas
→ EM LARES COM ELEVADA EMOCIONALIDADE EXPRESSA
→ EM DOENTES COM PROLONGADO CONTACTO COM A FAMÍLIA (comentários críticos, envolvimento excessivo)
→ EM DOENTES SEM MEDICAÇÃO
<i>Grupo de Maior Risco</i>
Doentes do sexo masculino, vivendo em casa dos pais, com elevado nível de emocionalidade expressa

durante dois anos mostraram que os efeitos do tratamento com neurolépticos e socioterapia, durante 12 meses, eram aditivos e reduziam as recaídas entre aqueles que viviam na comunidade depois da alta hospitalar. Também Goldstein observou que as recaídas ocorrem menos vezes entre pacientes que receberam altas doses de flufenazina acrescida de terapia familiar.

Neste contexto, a importância do treino de aptidões sociais na prática clínica, quer do internamento quer do ambulatório, tem sido destacada em trabalhos experimentais e de revisão (Brady, 1984).

Alguns autores como Libermann (1982) propõem a consideração de cinco áreas de investigação no domínio da psicopatologia experimental por pensarem que estas têm implicações especiais no treino de aptidões sociais com esquizofrénicos. Estas áreas repartem-se por: factores familiares, agentes produtores de «stress» social, psicopatologia, défices cognitivos e défices motivacionais.

QUADRO II

Treino de Aptidões Sociais em Esquizofrénicos

Áreas de Investigação	
A	1. FACTORES FAMILIARES 2. AGENTES PRODUTORES DE STRESS SOCIAL 3. PSICOPATOLOGIA 4. DÉFICES MOTIVACIONAIS 5. DÉFICES COGNITIVOS
B	1. INTER-RELACIONAMENTO ENTRE VARIÁVEIS AMBIENTAIS, COGNITIVAS, PSICOFISIOLÓGICAS E COMPORTAMENTAIS

A par, consideram o modelo de inter-relacionamento entre variáveis do ambiente e as variáveis cognitivas, psicofisiológicas e comportamentais — no curso das perturbações esquizofrénicas.

Os programas de treino de aptidões sociais com psicóticos podem sintetizar-se na simplicidade do modelo de Wallace que de acordo com a teoria da Informação de Shannon procura a optimização das funções de recepção, processamento e emissão.

A «Recepção Apurada» é definida como o reconhecimento correcto do estatuto, emoções e mensagens do outro na relação interpessoal. O «Processamento Flexível» é definido como génese de respostas possíveis e a avaliação de cada resposta em termos das suas consequências. A «Emissão efectiva»

é definida em termos do comportamento adequado tal como contacto visual, volume da voz, etc.. Dois tipos de situações problemáticas são representados genericamente — situações instrumentais e situações interpessoais. Os terapeutas devem indicar o alvo a atingir em cada situação envolvendo os pacientes em jogos de personagens realísticos e problemáticos de molde a cativar o seu interesse.

QUADRO III

Treino de Aptidões Sociais

Modelo de Wallace		
RECEPÇÃO	→	APURADA
PROCESSAMENTO	→	FLEXÍVEL
EMISSÃO	→	EFFECTIVA

Os objectivos deste trabalho são: 1) Descrição da aplicação terapêutica do Treino de Aptidões Sociais no Serviço de Psicoterapia Comportamental do Hospital Júlio de Matos. 2) Análise de um Estudo-Piloto sobre medidas de Avaliação.

1. APLICAÇÃO TERAPÊUTICA DO TREINO DE APTIDÕES SOCIAIS NO SERVIÇO DE PSICOTERAPIA COMPORTAMENTAL DO HOSPITAL JÚLIO DE MATOS

Na nossa experiência pessoal de trabalho com grupos em treino de aptidões sociais consideramos também fundamental a utilização do jogo de personagens (*role-playing*). Neste o participante:

1. representa-se a si próprio em diferentes situações: ou,
2. representa outros.

Técnicas utilizadas

No primeiro caso (representação de si próprio) a sua emocionalidade substractiza a expressão mas a forma expressiva pode distanciar o empenhamento emocional assistindo-se assim à possibilidade de um sistema de regulamentação entre emoção ⇒ expressão.

No segundo caso (representação de outros) o participante intervém claramente como «comediante» ou como «actor». Mas qual a diferença entre estas duas figuras: comediante ou actor? Diríamos, como Louis Jouvet, que o actor só pode representar alguns papéis, os outros deforma-os à medida da sua personalidade. O actor habita uma personagem. O comediante é habitado por ela.

O terapeuta assume também outra face, a do ensaiador ou director de cena: instrui e modela com a utilização de atitudes verbais e corporais procurando atingir o que raramente se consegue — o virtuosismo. Mas, o terapeuta enquanto terapeuta, favorece, estimula o aparecimento de uma personagem preservando a «pessoalidade» do actor. Este, ao representar-se a si próprio a partir de experiências já vivenciadas, agora imagens mnésicas em fase de *recall*, incorpora elementos actuais (instruções cénicas) de acordo com as necessidades expressivas da situação.

Assim sendo, as técnicas utilizadas nas sessões de desenvolvimento de aptidões sociais são, no nosso entender, de dois tipos: *as técnicas predominantemente indutoras e as técnicas predominantemente criativas*. No primeiro grupo encontram-se as técnicas de aproximação sucessiva, modelagem, espelho com a utilização de vídeo, instigação e esbatimento, auto-monitorização e tarefas para casa. No segundo grupo podemos situar os jogos de personagens a que nos referimos e que correspondem à representação de papéis e inversão de papéis, traduções literais dos termos anglo-saxónicos *role rehearsal* e *role reversal*. Neste grupo e como complemento dos jogos de propostas lúdicas surgem os jogos vocais, os jogos escritos, os jogos simbólicos, com ou sem a utilização plástica, e, invadindo tudo isto, a expressão corporal.

QUADRO IV
Treino de Aptidões Sociais

Técnicas Criativas	Técnicas Indutoras
JOGOS DE PERSONAGENS	APROXIMAÇÃO SUCESSIVA
EXPRESSÃO CORPORAL	MODELAGEM
JOGOS VOCAIS	ESPELHO (C e S VÍDEO)
JOGOS ESCRITOS	INSTIGAÇÃO E ESBATIMENTO
JOGOS SIMBÓLICOS COM OBJECTOS	AUTO-MONITORIZAÇÃO
EXPRESSÃO PLÁSTICA	TAREFAS PARA CASA

No trabalho com doentes esquizofrénicos, mais do que com qualquer outra tipologia nosológica, deve atender-se à plasticidade na utilização das técnicas, parecendo-nos descabidos determinados programas terapêuticos que pela sua excessiva rigidez organizativa e metodológica se tornam inexequíveis face a «dadas» pessoas em «dadas» situações.

Sempre tem sido referida a dificuldade sentida pelos terapeutas no manejo de grupos de pacientes psicóticos, já pela sua difícil motivação, já pelo esquecimento rápido que parecem apresentar relativamente aos novos comportamentos aprendidos, e também pelo «feedback» pouco reforçante que estes doentes expressam. Esta realidade justifica a utilização de programas em que os formatos apresentam uma maior carga horária e frequência periódica do que aqueles destinados a pacientes que só apresentam situações de fobia social. Alguns destes programas exigem um trabalho de cinco horas diárias junto dos internados e são ainda hoje irrealistas entre nós.

No sentido de minimizar algumas destas dificuldades temos utilizado frequentemente o procedimento de dispersar alguns pacientes psicóticos pelos grupos de pacientes fóbicos, tendo obtido resultados que em alguns casos se nos têm revelado surpreendentemente positivos entre a população do ambulatório.

Formato terapêutico

As sessões de grupo efectuam-se semanalmente ao longo de aproximadamente 4 meses. Cada sessão tem a duração de 90 minutos.

O trabalho do grupo é conduzido por um casal de terapeutas, acompanhado por terapeutas estagiários. Deve referir-se como importante a presença de terapeutas dos dois sexos, por tal conciliação facilitar os processos de identificação, modelagem e jogos de personagens.

O grupo funciona em regime de «Grupo Fechado».

Características dos doentes incluídos nos Grupos de Treino de Aptidões Sociais num período de três anos (1985, 1986 e 1987).

Idade: A idade média dos doentes é de 32 anos, variando entre os 19 e os 71 anos.

Nível Sócio-Profissional: Este varia entre o anal-fabetismo e a licenciatura, sendo também grande a diversidade observada entre a ocupação dos doentes, por exemplo operários, domésticas, médicos, professores do ensino secundário, etc..

Sexo: Vide Quadro V.

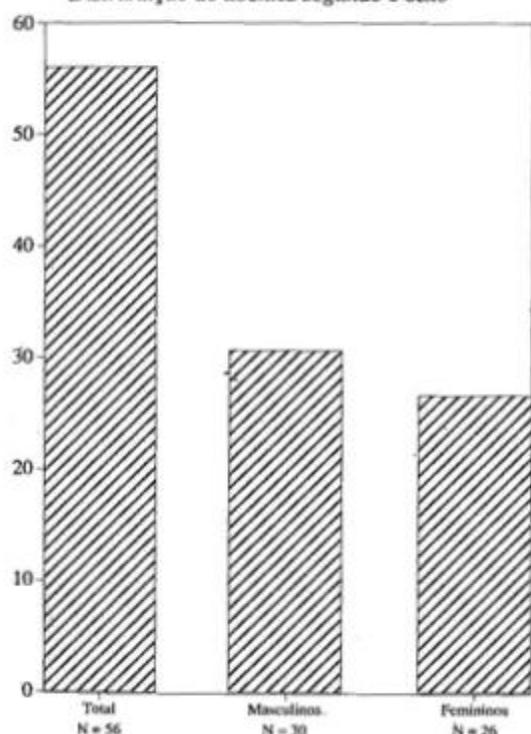
Diagnósticos: Vide Quadros VI e VII.

2. ESTUDO-PILOTO

Outra ainda é a dificuldade sentida pelo experimntador neste tipo de trabalho. Trata-se de um problema da avaliação clínica dos resultados. As habituais escalas de avaliação de papel e lápis são insuficientes para traduzir aquilo que só é possível registar através de filme ou vídeo. Mas assim, como comparar resultados com rigor? Apesar dos esforços realizados neste sentido a questão mantém-se em aberto e impede o fácil cotejo de experiências no sentido de obtenção de conhecimentos que permitam a redução do «stress» social.

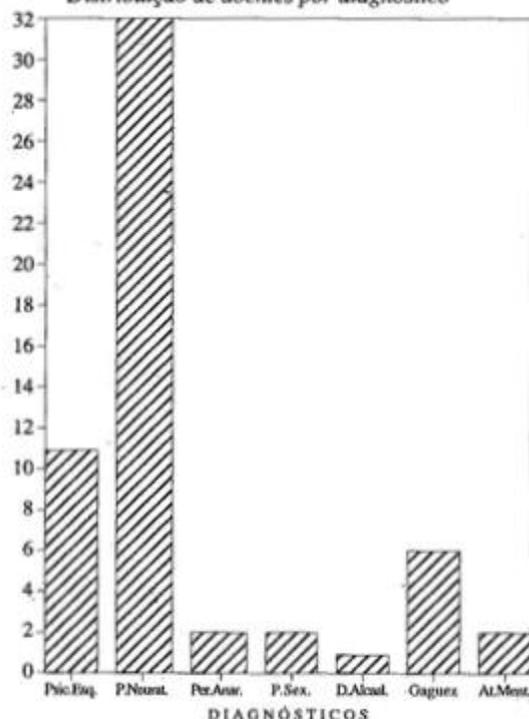
QUADRO V

Distribuição de doentes segundo o sexo



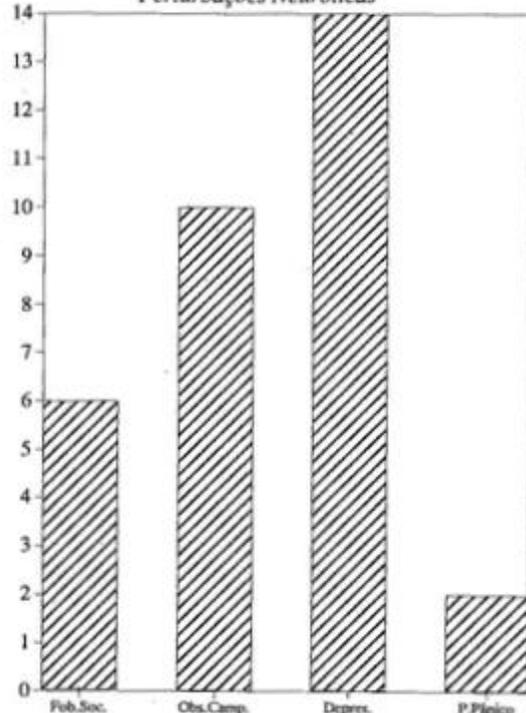
QUADRO VI

Distribuição de doentes por diagnóstico



QUADRO VII

Perturbações Neuróticas



Depois de vários anos de experiências com Grupos de Aptidões Sociais optámos pela utilização do protocolo de avaliação que apresentamos a seguir, conscientes de que apesar de tudo não ultrapassa todas as dificuldades sentidas neste capítulo. Com o objectivo de avaliarmos a eficácia deste protocolo efectuámos um estudo-piloto, com cinco doentes, que passamos a descrever.

Característica da amostra

A amostra é constituída por cinco doentes que participaram no mesmo grupo de treino de aptidões sociais segundo um formato terapêutico igual ao acima descrito e com utilização das técnicas já referidas.

- Distribuição por sexos e idades:

2 doentes do sexo feminino de 51 e 59 anos de idade;

3 doentes do sexo masculino de 27, 32 e 35 anos de idade.

- Nível sócio-profissional:

Um empregado de escritório, um estudante, um engenheiro, uma professora, uma monitora do ensino especial.

- Entidades diagnósticas:

2 casos de Depressão;

1 caso de Perturbação da Personalidade e Depressão;

1 caso de Fobia Social;

1 caso de Neurose Obsessivo-Compulsiva.

Medidas de avaliação

1. SCL-90 (SYMPTOM CHECKLIST - 90, Derogatis e outros, 1976).

2. STAI - 1 (Ansiedade-Estado, Spielberger, 1970).

3. Questionário de Auto-Afirmação de Willoughby (Willoughby, R., 1932).

4. Inventário de Depressão de Beck (Beck e outros, 1961).

5. Inventário de Auto-Conceito de Vaz Serra (Vaz Serra, 1986).

6. Teste de Interação Social (TIS) (Trower e outros, 1979).

As primeiras cinco medidas são questionários de auto-avaliação. No Teste de Interação Social todos os terapeutas do grupo atribuem uma pontuação aos

vários aspectos do comportamento verbal e não verbal inventariado no questionário, e observado através de vídeo-gravações. A pontuação atribuída é a média aritmética obtida das avaliações terapêuticas.

Todas as medidas foram aplicadas antes do início do grupo, numa sessão apropriada e igualmente no fim do grupo. Para além da avaliação formal descrita, cada doente preenchia um diário descrevendo as situações descritas encontradas, atribuindo-lhe um grau de dificuldade escolhido entre uma escala de zero a oito, sendo 0= nenhuma dificuldade e 8= capacidade.

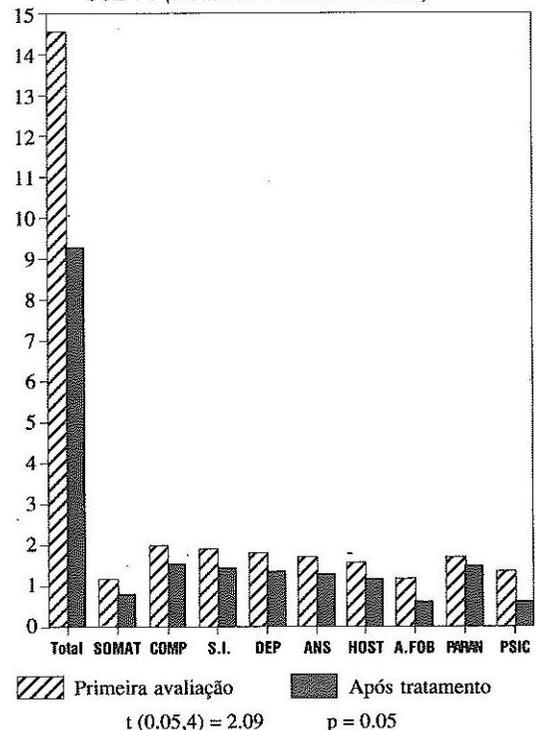
Estes diários fornecem também situações para serem trabalhadas durante o grupo, assim como nos dão indicações sobre as dificuldades vivenciadas durante a execução das tarefas para casa.

Apresentação e discussão de resultados

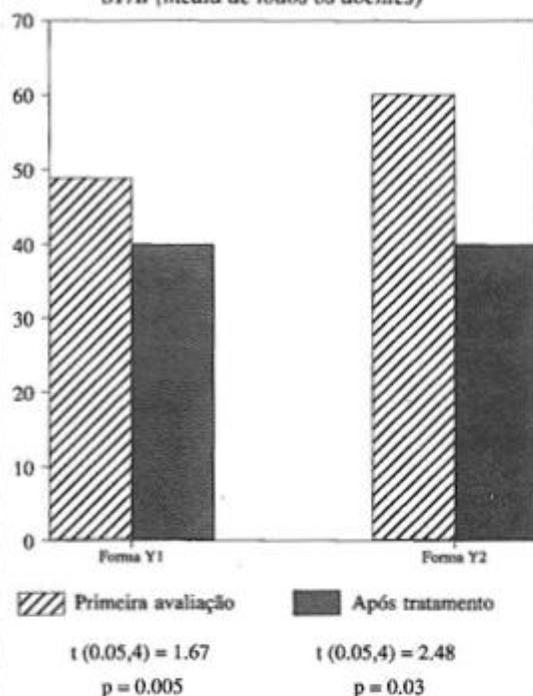
Em todos os questionários aplicados ao grupo em estudo, verificou-se que houve uma variação de pontuação entre as duas avaliações.

Essa variação foi sempre do mesmo sentido, isto é, diminuição do score nos questionários SCL-90,

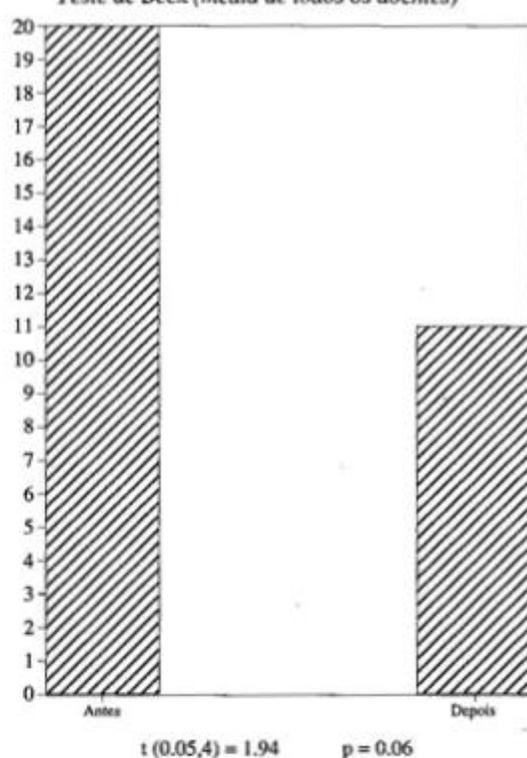
QUADRO VIII
SCL-90 (média de todos os doentes)



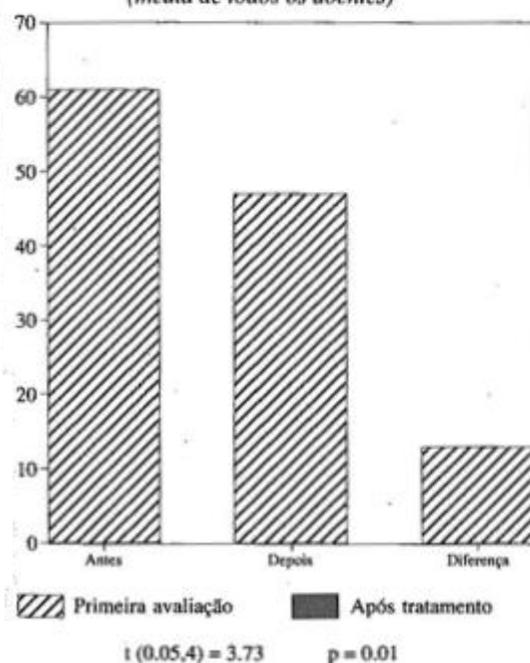
QUADRO IX
STAI (média de todos os doentes)



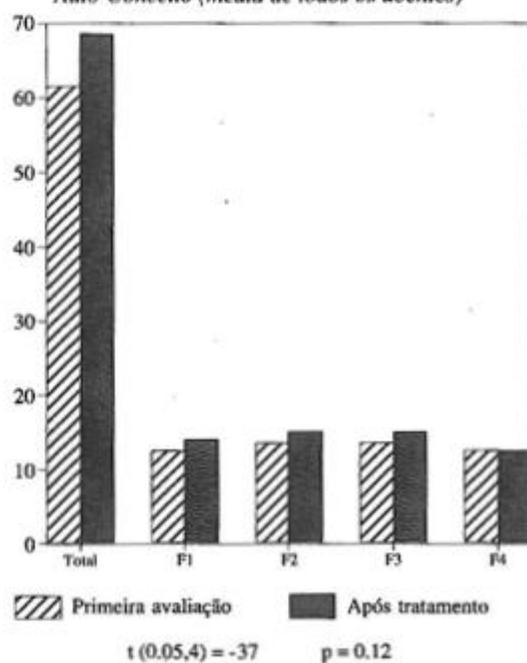
QUADRO XI
Teste de Beck (média de todos os doentes)



QUADRO X
Teste de Willoughby (média de todos os doentes)

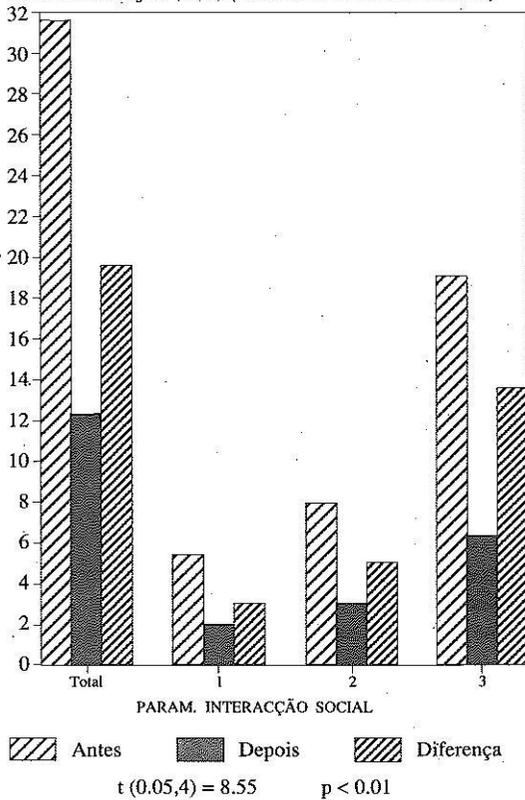


QUADRO XII
Auto-Conceito (média de todos os doentes)



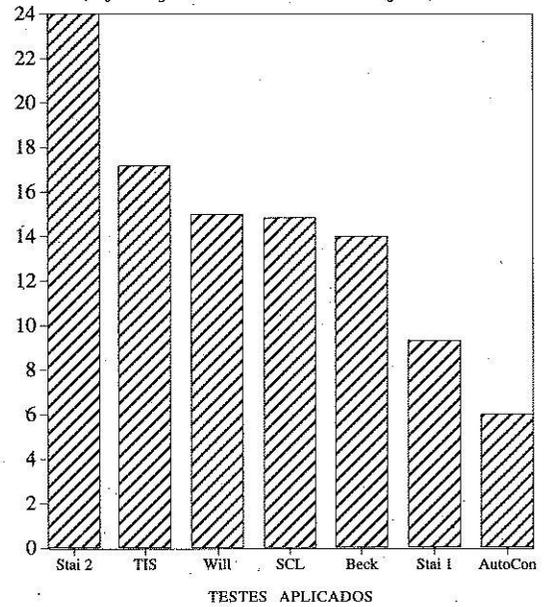
QUADRO XIII

Heteroavaliação (TIS) (média de todos os doentes)



QUADRO XIV

Comparação dos testes (diferenças entre as duas avaliações)



STAI, WILLOWGHBY, BECK, TIS e um ligeiro aumento no questionário de Auto-Conceito (Quadros VIII a XIII). A variação foi percentualmente mais elevada nos questionários STAI 2 (ansiedade traço) e TIS e menor para o STAI I e Auto-Conceito. Deve referir-se que apesar da forma Y. I do STAI medir a ansiedade estado e a forma Y. II medir a ansiedade traço e isto nos poder levar a esperar maior variação no STAI Y.I, tal não se verificou. Pelo contrário, observamos maior variação no STAI Y.II. No entanto semelhantes resultados também foram referidos noutros estudos (Baptista, A.).

A diferença entre as médias das pontuações obtidas nas 2 avaliações foram comparadas através do Teste de Student para um nível de confiança de $\alpha = 5\%$, admitindo-se como hipótese nula que não tinha havido variação ($H_0: d = 0$).

As diferenças mais significativas foram obtidas para os questionários TIS e WILLOWGHBY, não tendo havido variação significativa no questionário de Auto-Conceito (Quadro XIV).

Apesar de se tratar de uma amostra reduzida, que não é possível considerar como representativa da população de doentes com estas patologias, o facto de se terem obtido algumas diferenças significativas nas avaliações, permite-nos pensar que existe uma associação positiva entre a terapêutica instituída e os resultados obtidos.

Só a continuação destes estudos e o seu alargamento de modo a abranger uma amostra representativa poderá de facto estabelecer uma relação causal entre terapêutica e resultados.

BIBLIOGRAFIA

- ANDREASEN, N. C., et al. (1982) — Ventricular Enlargement in Schizophrenia: Definition and Prevalence, *American Journal of Psychiatry*, vol. 139, n.º 3, 297-301.
- ARGUYLE, M., e KENDON, A. (1967) — The experimental Analysis of Social Performance, in L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, vol. 3, New York: Academic Press.
- BARLOW, D. H. (1973) — Increasing heterosexual responsiveness in the treatment of sexual deviation: A review of the clinical and experimental evidence, *Behaviour Therapy*, 4, 665-671.

- BECK, A. T., WARD, C. H., MENDELSSON, M., MOCK, J., e ERBAUGH, J. (1961) — An Inventory to Measure Depression - Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.
- BLEULER, E. (1908) — Die Prognose der Dementia Praecox (Schizophreniegruppe), Allg. Z. Psychiat., Psychiat.-gericht., Med., 56, 436.
- BRADY, J. P. (1984) — Social Skills Training for Psychiatry Patients II: Clinical Outcome: Am, J. Psychiatry, 141: 4, April, 1984.
- BROWN, G. W., BIRLEY, J. L. T., e WING, J. K. (1972) — Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: a replication, British Journal of Psychiatry, 121, 341-58.
- CALLNER, D. A., e ROSS, S. M. (1976) — The reability and validity of three measures of assertion in a drug addict population. Behaviour Therapy, 7, 659-677.
- CURRAN, J. P. (1977) — Skills Training as an Approach to the Treatment of Heterosexual Social Anxiety: A Review, Psychological Bulletin, 84, 140-157.
- CURRAN, J. P., e WESSBERG, H. W. (1981) — Assessment of Social Inadequacy, in Barlow, D. (ed.), «Behavioural Assessment of Adult Disorders», Guilford Press, New York.
- DEROGATS, L. R., RICKLES, K., e ROCK, A. F. (1976) — The SCL-90 and the MMPI: A step in a validation of a new self-report scale, British Journal of Psychiatry, 128, 280-289.
- EISLER, R. M., MILLER, P. M., HERSEN, M., e ALFORD, H. (1974) — Effects of assertive training on marital interaction, Archives of General Psychology, 47, 164-175.
- GLADWIN, T. (1977) — Social Competence and Clinical Practice, Psychiatry, 30, 30-44.
- HOGARTHY, G. E., GOLDBERG, S. C., SCHOOLER, N. R. et al. (1974) — Drug and Socioterapy in the After Care of Schizophrenic Patients, II: Two year relapse rates, Archives General Psychiatry, 31, 603-608.
- KRAFT, T. (1971) — Social Anxiety Model of Alcoholism, Perceptual and Motor Skills, 33, 797-798.
- LENTZ, R. J., PAUL, G. L., e CALHOUN, J. F. (1971) — Reliability and Validity of Three Measures of Functioning With «Hard-Core» Chronic Mental Patients, Journal of Abnormal Psychology, 77, 313-323.
- LIBET, J. M., e LEWINSOHN, P. M. (1973) — Concepts of Social Skills with Specific References to the Behaviour of Depressed Persons, Journal Consulting and Clinical Psychology, 40, 304-312.
- LIEBERMAN, R. P., in CURRAN, J. P., e MONTY, P. M. (1982) — Social Skills Training, Guilford Press, New York.
- LIEBERMAN, R. P., VAUGHN, C., AITCHISON, R. A., e FALLON, I. (1977) — Social Skills Training for Relapsing Schizophrenics, Fundaded Grant From the National Institute of Mental Health.
- MacMILLAN, J. F. (1987) — Expressed emotion and Relapse in First Episodes of Schizophrenia, British Journal of Psychiatry, 151, 320-323.
- MAY, P. R. A., TUMA, A. H., YALE, C., POTEPAN, P., e DIXONSON, W. (1976) — Schizophrenia - A Follow Up Study of the Results of Treatment, Archives General Psychiatry, 83, 481-6.
- McKENNA, J. (1987) — Pathology, Phenomenology and the Dopamine Hypotesis of Schizophrenia, British Journal of Psychiatry, 151, 288-301.
- MILLER, P. M., HERSEN, M., EISLER, P. M., e HILSMAN, G. (1974) — Effects of Social Stress on Operant Drinking of Alcoholics and Social Drinkers, Behaviour Research and Therapy, 12, 66-72.
- MINKOWSKI, V. (1954) — La Schizophrenie, ed. Desclée de Brouwer, vol. 1, 2^{me} ed.
- MINTZ, J. et al. (1987) — Expressed Emotion and Relapse in First Episodes of Schizophrenia, British Journal of Psychiatry, 151, 320-323.
- SPIELBERGER, C. P., GORSUCH, R. L., LUSHENE, R., VAGG, P. R., e JACOBS, G. A. (1983) — Manual for the STAI (Form Y) «Self-Evaluation Questionnaire», Consulting Psychologists Press, Inc.
- SYLPH, J. A., ROSS, H. E., e KEDWARD, H. B. (1978) — Social Disability in Chronic Psychiatric Patients, American Journal of Psychiatry, 134, 1391-1394.
- TROWER, P., BRYANT, B., e ARGYLE, M. (1978) — Social Skills and Mental Health, London & Co. Ltd.
- VAUGHN, C. E., e LEFF, J. P. (1970) — The influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness: A Comparison of Schizophrenic and Depressed Neurotic Patients, British Journal of Psychiatry, 129, 127-37.
- VAZ SERRA, A. (1986) — O Inventário Clínico de Auto-Conceito, Psiquiatria Clínica, 7(2), 67-84.
- WILLONGHBY, R. R. (1932) — Some Properties of the Thurstone Personality Schedule and a Suggested Revision, Journal Social Psychology, 3, 401-424.
- ZIGLER, E., e PHILLIPS, I. (1961) — Social Competence and the Process Reactive Distinction in Psychopathology, Journal of Abnormal and Social Psychology, 65, 215-222.

RESUMO

Os autores apresentam uma revisão bibliográfica sobre o treino de aptidões sociais chamando uma especial atenção para os problemas relacionados com as Psicoses Esquizofrénicas. Abordam a sua experiência na área do treino de aptidões sociais e respectivas técnicas utilizadas. Apresentam também os resultados de um estudo-piloto efectuado.

ABSTRACT

The authors present a review of the literature on Social Skills Training with special emphasis to the problems related with the Schizophrenic Psychoses. Their experience with Social Skills Training is described including the techniques used. The data from a pilot study conducted is also presented.