

# Deficiências em habilidades sociais na depressão: estudo comparativo

Conceição Santos Fernandes  
Eliane Mary de Oliveira Falcone  
Aline Sardinha

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – RJ – Brasil

**Resumo:** O objetivo deste trabalho foi verificar a relação entre déficits em habilidades sociais e níveis de depressão. Participaram da amostra 46 indivíduos de ambos os sexos. Dos participantes, 23 eram pacientes de psicoterapia (grupo clínico) que preencheram os critérios do DSM-IV-TR para o diagnóstico de depressão e apresentaram escores compatíveis com esse diagnóstico no inventário Beck de depressão (BDI). Os outros 23 indivíduos (grupo de comparação) apresentaram escores no *self report questionnaire* (SRQ) compatíveis com baixa probabilidade de desenvolver quadro psiquiátrico. Ambos os grupos responderam ainda ao inventário de habilidades sociais (IHS-Del Prette) e ao inventário de empatia (IE). Os terapeutas do grupo clínico forneceram informações sobre seus pacientes por meio de um questionário. A análise estatística mostrou diferenças significativas entre os grupos. Uma análise qualitativa indicou relação entre sintomas depressivos e períodos de estresse interpessoal. Os resultados confirmam estudos anteriores e sugerem que déficits em habilidades sociais podem constituir um fator de vulnerabilidade para a depressão.

**Palavras-chave:** depressão; assertividade; empatia; habilidades sociais; vulnerabilidade.

## Introdução

Atualmente, os transtornos de humor são tidos como uma questão relevante de saúde pública. De acordo com a World Health Organization (2009), até 2020, a depressão deverá ocupar o segundo lugar entre as doenças, logo depois das doenças cardíacas. Nesse quadro, incluem-se os transtornos unipolares (depressão maior e distímia) e os bipolares. Além disso, existem os transtornos de humor induzidos por alguma substância ou devidos a uma condição médica geral.

Um episódio depressivo é caracterizado por um conjunto de sintomas, tais como: humor deprimido, interesse ou prazer acentuadamente diminuído, perda ou ganho significativo de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo motor, fadiga ou perda de energia, sensação de inutilidade, culpa excessiva ou inapropriada, capacidade diminuída para pensar ou concentrar-se, indecisão, pensamentos recorrentes sobre morte, entre outros. Os sintomas devem ser manifestados quase todos os dias, ao longo de duas semanas, e incluir, pelo menos, um dos dois primeiros critérios, causar angústia ou prejudicar as atividades diárias e não podem resultar de medicação, abuso de drogas ou condição médica preexistente (APA, 2000).

Estima-se que a depressão acometa de 3% a 5% da população brasileira em geral (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005). Poucos estudos mencionam a incidência e prevalência

de depressão no Brasil, porém mostram-se importantes (BAPTISTA, 2004). Além de sua elevada prevalência, a depressão causa grande impacto, aumentando inclusive o risco de tentativas de suicídio entre jovens de 15 e 34 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

A etiologia da depressão é considerada multifatorial, envolvendo variáveis biológicas, socioculturais e psicológicas. Neste estudo, será dado enfoque aos fatores psicológicos, os quais sugerem que padrões cognitivos negativos modulam a visão do indivíduo sobre si mesmo, o mundo e o futuro. Tais padrões subjazem o pensamento de uma pessoa deprimida e são conhecidos como a “tríade negativista” (BECK et al., 1997). Assim, quando deprimidas, as pessoas consideram-se sem valor, veem o mundo como um lugar cheio de obstáculos intransponíveis e tendem a experimentar desesperança quanto ao futuro (BOWLBY, 2004).

Muitas décadas de pesquisas apontaram a existência de uma relação causal entre déficit em habilidades sociais e depressão (COYNE, 1976; LEWINSOHN, 1975), em que as primeiras seriam consideradas por alguns autores (LEWINSOHN, 1975) como antecedentes e por outros (COYNE, 1976) como consequentes do quadro depressivo. Estudos recentes propõem uma relação de vulnerabilidade, em vez de causal, entre os problemas relativos às habilidades sociais e a depressão (SEGRIN; FLORA, 2004). Nesse caso, pessoas expostas a uma situação estressante ficariam mais vulneráveis aos conflitos interpessoais por não possuírem os recursos necessários para lidar satisfatoriamente com eles. Em síntese, os déficits em habilidades sociais parecem contribuir para o início ou a manutenção de quadros depressivos.

Alguns exemplos de habilidades sociais incluem: manifestar opinião, fazer, aceitar e recusar pedidos, expressar emoções positivas ou negativas, lidar com críticas, desculpar-se e admitir falhas, encerrar relacionamentos, entre outros (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001). Essas habilidades são consideradas como assertivas, uma vez que envolvem capacidade para defender os próprios direitos, além de expressar pensamentos e sentimentos de forma direta e honesta, sem ofender ou desrespeitar os outros (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001; LANGE; JAKUBOWSKI, 1976).

Outros exemplos de habilidades sociais referem-se a compartilhar emoções, colocar-se no lugar dos outros, ouvir sem julgar, respeitar e aceitar pontos de vista muito diferentes, perdoar ofensas, confortar, comportar-se de forma altruísta e ser capaz de entender a perspectiva do outro em situações de conflito de interesses (FALCONE; BUSSAB; FERREIRA, 2009; FALCONE, 2000, 2001; MOHR et al., 2007). Tais habilidades têm sido referidas na literatura como empáticas e envolvem compreender e demonstrar compreensão acurada das perspectivas e dos sentimentos dos outros, além de experimentar compaixão ou consideração pelo estado de alguém (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001; LUSKIN, 2007).

As classes de comportamentos que compõem as habilidades assertivas e empáticas irão se complementar para maior aquisição de ganhos pessoais e aumentar a qualidade das relações com os outros (BEDELL; LENNOX, 1997; FALCONE, 2000, 2001; HIDALGO; ABARCA, 2000). Nessas habilidades, os déficits estão geralmente associados a dificuldades nas relações interpessoais, o que pode levar ao isolamento social, ao suicídio e a di-

versos tipos de transtornos psicológicos, como a depressão (LANDAZABAL, 2006; SEGRIN et al., 2007):

A literatura aponta déficits assertivos na depressão. Caballo (2006), Campos (2010) Carneiro et al. (2007) e Oliveira (2010) recomendam treinamento assertivo para deprimidos. Entretanto, déficits em empatia também podem estar associados à depressão. Uma evidência disso é o programa de treinamento em habilidades sociais de Caballo (1998). Outros estudos também apontam para uma diminuição do comportamento empático nos episódios de depressão. Bellini, Baime e Shea (2002) constataram variações de humor em estudantes internos de medicina. De acordo com Field, Diego e Hernandez-Reif (2009), bebês de mães deprimidas se mostram menos responsivos a faces e vozes (características relacionadas à empatia). O estudo já traz, além da relação da empatia com a depressão, a importância do estilo parental na construção desta habilidade.

A literatura aponta para relações entre características depressivas e habilidades sociais empáticas e assertivas. Entretanto, há questões quanto ao conceito de habilidades sociais que podem trazer prejuízos à sistematização dessas relações, visto que o conceito é amplo e ainda não unificado. Isso gera diversas metodologias de estudo, inclusive quanto ao tipo de habilidade estudada (habilidade assertiva, empática, comportamentos moleculares, entre outros). Ainda assim, acredita-se que este estudo poderá trazer contribuições teóricas e empíricas relevantes. Entender os padrões sociais inadequados da sintomatologia depressiva é o primeiro passo para pensar em prevenção, por meio de programas de treinamento em habilidades sociais em escolas, por exemplo, e tratamento desses sintomas na população, o que constitui um dos objetivos dos processos de intervenção, inclusive psicoterápica. O presente estudo teve como objetivo verificar se indivíduos que apresentam depressão em diferentes níveis manifestam déficits em habilidades sociais, quando comparados a uma população com baixa probabilidade de desenvolver transtorno psiquiátrico.

## Método

### Participantes

Participaram do estudo 46 indivíduos (42 mulheres e 4 homens), com idades entre 21 e 56 anos ( $M = 39,2$  e  $DP = 12,2$ ; mediana = 36) e escolaridade variando desde primeiro grau incompleto até superior completo. Vinte e três participantes compunham o grupo clínico e os demais 23 foram selecionados por conveniência, para compor dois grupos com características demográficas semelhantes, formando o grupo de comparação. Os grupos foram pareados de acordo com sexo, idade e escolaridade. Quando se controla a escolaridade, pode-se controlar o viés que poderia ser provocado pela renda e profissão. Alguns estudos apontam que o nível de escolaridade pode afetar o desempenho no que diz respeito ao comportamento social (PINHO; FERNANDES; FALCONE, 2011). Entretanto, o mesmo não é observado para outras variáveis sociodemográficas. O grupo clínico foi composto por pacientes provenientes de consultório particular, cujos terapeutas seguem

abordagem cognitivo-comportamental e se dispuseram a colaborar com a pesquisa como intermediários no contato com os seus pacientes. Foram selecionados, inicialmente, os terapeutas no município do Rio de Janeiro que trabalhassem com essa abordagem clínica, por ser considerada a mais próxima em termos de paradigmas teóricos utilizados na fundamentação teórica desta pesquisa. Em seguida, esses terapeutas eram questionados quanto aos pacientes que poderiam participar da pesquisa e que apresentavam um possível diagnóstico de depressão. O grupo de comparação foi selecionado a partir de sujeitos do círculo de convivência das pesquisadoras.

## **Materiais e instrumentos de avaliação**

Cada participante recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo informações sobre a pesquisa, de acordo com as exigências da Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Coep/Uerj). Para avaliação das habilidades sociais, foram utilizados dois instrumentos.

O primeiro instrumento, o inventário de habilidades sociais – IHS (DEL PRETTE; DEL PRETTE; BARRETO, 1998), é composto de 31 itens distribuídos em cinco fatores.

- Fator 1 (enfrentamento com risco): contém itens que avaliam a afirmação e a defesa dos direitos e de autoestima, com risco de reações indesejáveis por parte do interlocutor.
- Fator 2 (autoafirmação na expressão do afeto positivo): composto de situações de expressão de afeto positivo e autoestima, com risco mínimo de reações indesejáveis.
- Fator 3 (conversa e desenvoltura social): considera situações de aproximação com risco mínimo de reações indesejáveis, mas demanda habilidades de conversa cotidiana.
- Fator 4 (autoexposição a desconhecidos ou situações novas): inclui situações em que se abordam pessoas desconhecidas.
- Fator 5 (autocontrole da agressividade a situações aversivas): contém itens que demandam controle da raiva e da agressividade.

Uma vez que o IHS não contém itens que avaliem empatia, foi utilizado o inventário de empatia – IE (FALCONE; BUSSAB; FERREIRA, 2009; FALCONE et al., 2008), composto de 40 itens alocados em quatro fatores que avaliam os aspectos cognitivo, afetivo e comportamental da empatia.

- Fator 1 (tomada de perspectiva – TP): avalia a capacidade de entender a perspectiva e os sentimentos da outra pessoa, mesmo em situações de conflito de interesses.
- Fator 2 (flexibilidade interpessoal – FI): indica capacidade em aceitar perspectivas, crenças e valores muito diferentes ou que provocam frustração.
- Fator 3 (altruísmo – AI): mede a capacidade de sacrificar os próprios interesses com a finalidade de beneficiar ou ajudar alguém.
- Fator 4 (sensibilidade afetiva – SA): avalia sentimentos de compaixão, consideração ou interesse pelo estado da outra pessoa.

O IE foi testado em 713 estudantes universitários e a análise da consistência interna dos fatores revelou coeficientes alfa de 0,85 para o fator 1, 0,78 para o fator 2, 0,75 para o fator 3 e 0,72 para o fator 4, indicando a confiabilidade do instrumento.

O BDI (BECK et al., 1961) foi utilizado para identificar os diferentes níveis de depressão dos pacientes que constituíam o grupo clínico no momento da realização da pesquisa. Essa medida de autorrelato é composta de 21 itens, os quais revelam os sintomas presentes na depressão. A escala foi adaptada para a população brasileira por Gorenstein e Andrade (2001), que indicam os seguintes pontos de corte: menor que 10 (sem depressão ou depressão mínima), de 10 a 18 (depressão de leve a moderada), de 19 a 29 (depressão de moderada a grave) e de 30 a 63 (depressão grave). Nesta pesquisa, serão utilizados os pontos de corte apresentados por Gorenstein e Andrade (2001).

Um questionário foi elaborado pelas pesquisadoras (Quadro 1), para ser respondido pelo terapeuta de cada paciente, com o objetivo de identificar: 1. o tipo de depressão, com base nos critérios do DSM-IV-TR; 2. a quantidade de vezes em que o participante apresentou depressão; 3. o início do mais recente episódio; 4. a quantidade de episódios; 5. a presença de comportamentos sociais inadequados dentro ou fora do consultório.

### Quadro 1. Entrevista formulada para terapeutas

1. Tipo de depressão, de acordo com o DSM-IV-TR.
2. É a primeira vez que o paciente apresenta depressão?  
( ) Sim ( ) Não
3. Quando começou o mais recente episódio e em que circunstâncias?
4. Quantos episódios de depressão ocorreram aproximadamente com este paciente?
5. Já identificou comportamentos sociais indesejáveis no paciente durante as sessões, ou a partir dos relatos de experiências sociais do cliente?  
( ) Sim ( ) Não
6. Consegue identificar se essas deficiências antecederam ao primeiro episódio de depressão do paciente?  
( ) Sim ( ) Não

Neste estudo, utilizou-se como critério de inclusão, no grupo controle, o *self report questionnaire* (SRQ) (HARDING et al., 1980). Entretanto, acredita-se que isso poderá ser revisto em próximos estudos, que deverão priorizar a mesma medida do grupo clínico para avaliação de depressão. Essa medida foi desenvolvida por Harding et al. (1980) e validada no Brasil por Mari e Willians (1986) para ser usada em nível de atenção primária. É composta por 24 itens, dentre os quais 20 avaliam distúrbios neuróticos e quatro identificam distúrbios psicóticos. Os pontos de corte baseados nos 20 itens são de sete, para os homens, e de cinco, para as mulheres. Essa pontuação discrimina grupos de indivíduos com maior ou menor probabilidade de apresentar um quadro psiquiátrico.

## **Procedimentos para coleta de dados**

A pesquisa teve início após aprovação da Coep/Uerj. O contato com os participantes do grupo clínico foi feito por intermédio dos seus terapeutas que colaboraram com a pesquisa. Os terapeutas também responderam ao questionário elaborado e receberam um material para orientação de procedimentos que deveriam ter no estudo. Foram aplicados Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para os terapeutas e pacientes, para verificar a concordância quanto à participação na pesquisa. Esses profissionais responderam ao questionário elaborado pelas pesquisadoras, com base na orientação destas e nos critérios do DSM-IV-TR, para gerar um controle quanto ao diagnóstico. Com base nos critérios do DSM-IV-TR entregues aos psicoterapeutas em uma folha à parte, foi feita a definição do grupo clínico com indicativos de depressão confirmados pelo BDI. Os pacientes responderam ainda a medidas de habilidades sociais (IHS e IE). Os participantes do grupo de comparação foram pareados dentro de uma população não clínica. Eles responderam às mesmas medidas de habilidades sociais e a um questionário que avalia o sofrimento mental (SRQ), que serviu para identificação de distúrbios psiquiátricos em nível de atenção primária. Participantes do sexo feminino que atingiram pontuação acima de 5 e do sexo masculino que atingiram pontuação acima de 7 foram excluídos. As medidas também foram respondidas após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **Procedimento de tratamento e análise de dados**

Após a análise estatística descritiva dos dados demográficos da amostra, os grupos foram comparados por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney para o IHS-Del Prette e pelo IE. O grau de significância foi arbitrado em 5%.

## **Resultados**

Dentre os participantes do grupo clínico, 21 apresentavam transtorno depressivo maior, um possuía diagnóstico de transtorno bipolar tipo II, mas encontrava-se em episódio depressivo, e um sofria de transtorno distímico. Pela avaliação dos pontos de corte do BDI, 16 participantes apresentavam depressão de moderada a grave, e sete, depressão grave.

Foram calculados inicialmente os escores globais de cada participante nas medidas de habilidades sociais, assim como os escores fatoriais do IHS e IE. Os escores do BDI foram calculados apenas para o grupo clínico. A Tabela 1 apresenta os dados descritivos obtidos para cada grupo.

**Tabela 1. Dados descritivos dos grupos clínico e de comparação**

Variável	Grupo clínico	Grupo de comparação
<b>IE</b>		
Mín	94	109
Máx.	165	161
Média	131,7	135,7
DP	14,8	17,6
<b>IHS</b>		
Mín	30	36
Máx.	124	117
Média	75,6	96,0
DP	22,8	22,0

A seguir, as médias dos escores obtidos pelos participantes dos grupos foram comparadas quanto ao escore global e aos escores fatoriais de cada medida de habilidade social, utilizando o teste de U de Mann-Whitney (Tabela 2).

**Tabela 2. Comparação das médias do IE e IHS entre os dois grupos**

	Grupo clínico	Grupo de comparação	p*
	M		
<i>IE global</i>	131,7	109,0	0,33
F1 - Tomada de perspectiva	39,0	41,0	0,21
F2 - Flexibilidade interpessoal	30,0	29,6	0,99
F3 - Altruísmo	28,6	29,6	0,41
F4 - Sensibilidade afetiva	33,9	35,0	0,45
<i>IHS global</i>	75,6	96,0	0,00
F1 - Enfrentamento com risco	17,7	19,9	0,34
F2 - Autoafirmação na expressão do afeto positivo	18,4	22,3	0,01
F3 - Conversação e desenvoltura social	16,3	19,4	0,07
F4 - Autoexposição a desconhecidos ou situações novas	5,7	8,0	0,03
F5 - Autocontrole da agressividade a situações aversivas	6,7	9,6	0,00

\* Mann-Whitney:  $p < 0,05$  = significativo; M = média; N = 23.

Não foram encontradas diferenças significativas nos escores globais e fatoriais do IE entre os grupos clínico e de comparação. Entretanto, os participantes deprimidos apresentaram escores significativamente mais baixos no IHS, tanto no escore global ( $p = 0,00$ ) quanto em seus fatores: fator 2 (autoafirmação na expressão do afeto positivo) ( $p = 0,01$ ), fator 4 (autoexposição a desconhecidos ou situações novas) ( $p = 0,03$ ) e fator 5 (autocontrole da agressividade) ( $p = 0,00$ ).

Para avaliar as diferenças nos níveis das medidas IE e IHS em comparação com a gravidade da depressão, os participantes do grupo clínico foram divididos em dois subgrupos, em função dos pontos de corte do BDI, definidos como depressão moderada (de 10 a 18 pontos na escala) e depressão grave (de 30 a 63 pontos na escala), segundo Gorenstein e Andrade (2001).

**Tabela 3. Comparação das médias entre os grupos de deprimidos moderados e graves quanto ao IHS e IE**

	Deprimidos moderados	Deprimidos graves	p*
	M		
<i>IE global</i>	134,9	124,4	0,42
F1 - Tomada de perspectiva	40,3	36,1	0,18
F2 - Flexibilidade interpessoal	31,3	27,6	0,64
F3 - Altruísmo	28,6	28,7	0,71
F4 - Sensibilidade afetiva	34,8	32,0	0,28
<i>IHS global</i>	81,4	62,1	0,10
F1 - Enfrentamento com risco	20,0	12,7	0,09
F2 - Autoafirmação na expressão do afeto positivo	20,3	14,1	0,03
F3 - Conversação e desenvoltura social	16,2	16,4	0,95
F4 - Autoexposição a desconhecidos ou situações novas	6,4	3,8	0,14
F5 - Autocontrole da agressividade a situações aversivas	7,0	6,0	0,46

\* Mann-Whitney:  $p < 0,05$  = significativo; M = média; N = 23.

Conforme indicado pela Tabela 3, não foram encontradas diferenças significativas quanto aos escores global e fatorial de empatia entre os deprimidos graves e moderados. Com relação ao IHS, apenas no fator 2 (autoafirmação na expressão do afeto positivo) ( $p = 0,03$ ), os deprimidos graves diferiram significativamente dos deprimidos moderados.

Por último, foi feita uma análise qualitativa dos dados obtidos por meio da entrevista elaborada para os terapeutas. De acordo com as respostas, apenas nove pacientes apre-



sentaram o sintoma de depressão pela primeira vez e oito já haviam manifestado o sintoma depressivo anteriormente. Três terapeutas não responderam a esse item.

Com relação aos eventos de vida no início do episódio depressivo, a depressão foi desencadeada a partir de estresse interpessoal na maioria dos participantes (39,1%). As respostas dos terapeutas incluíram: “separação conjugal”; “a paciente chegou com problemas no casamento”; “dificuldades com a mãe e financeira, quando precisou largar a faculdade”; “problemas no casamento”; “distanciamento do marido e problemas financeiros”; “problemas no trabalho com chefe e colegas”. Outros eventos de vida (26%) estavam relacionados a problemas financeiros ou de adaptação no trabalho. Respostas ausentes compreenderam 7,3% da amostra.

Quanto ao número de episódios depressivos apresentados pelos participantes, sete apresentaram apenas um episódio de depressão; seis, dois episódios; cinco, três; e apenas um paciente já havia sofrido quatro episódios de depressão. Três terapeutas não souberam informar.

A presença de comportamentos sociais inadequados, dentro ou fora da sessão terapêutica, foi identificada em 11 pacientes, mas não em 12. Finalmente, quando foi solicitado que os terapeutas identificassem se déficits em habilidades sociais já existiam antes do primeiro episódio de depressão do paciente, seis terapeutas responderam que sim.

## Discussão

Os participantes da amostra que preencheram critérios para depressão, de acordo com o DSM-IV-TR e o BDI, apresentaram níveis de habilidades sociais significativamente inferiores ao grupo de comparação nos fatores do IHS que revelam: capacidade de expressar afeto positivo e autoestima, de se expor a desconhecidos ou a situações novas e de controlar a agressividade diante de frustrações interpessoais, tais como lidar com críticas ou provocações. Entretanto, dentre os participantes que constituíram o grupo clínico, aqueles com quadro mais grave apresentaram níveis significativamente inferiores do que os de depressão moderada apenas na capacidade referente à autoafirmação na expressão do afeto positivo.

Tais resultados sugerem que: 1. indivíduos da amostra clínica manifestam mais déficits em habilidades sociais do que aqueles com baixa probabilidade de desenvolver transtornos psiquiátricos (grupo de comparação); e 2. indivíduos com nível de depressão grave também manifestam mais déficits em algumas habilidades sociais do que aqueles com depressão leve ou moderada.

Uma explicação para esses resultados poderia ser a de que o quadro de depressão promove prejuízos no processamento cognitivo interpessoal, o que pode afetar a autoestima e a motivação e provocar comportamentos sociais inadequados (LEWINSOHN, 1975).

Outra explicação plausível e coerente com o modelo proposto por Segrin e Flora (2000) é a de que indivíduos com déficits em habilidades sociais tenderiam a se deprimir mais facilmente do que aqueles que não apresentam tais dificuldades, quando a experiência estressante que desencadeou o transtorno estiver relacionada a conflitos interpessoais, como observado na análise qualitativa dos dados. Além disso, indivíduos com maiores

dificuldades em habilidades sociais poderiam ser mais propensos a atingir quadros depressivos mais graves, em razão de problemas no manejo de conflitos interpessoais. Assim, mesmo que os déficits interpessoais não causem depressão, eles podem constituir um fator de vulnerabilidade para desencadear um transtorno de humor diante de situações interpessoais estressantes.

Uma terceira explicação poderia incluir as duas já apresentadas, ou seja, indivíduos com rebaixamento em habilidades sociais, quando expostos a estressores interpessoais, estariam mais propensos a se deprimir do que os sujeitos socialmente habilidosos, diante dessas condições. Por sua vez, indivíduos socialmente habilidosos, quando expostos a outros estressores que geram perdas (por exemplo, fracasso financeiro, perda de um ente querido etc.), podem se deprimir, e, após desenvolverem o transtorno, déficits no processamento falho da informação característico da depressão passariam a interferir nas suas capacidades para interagir de forma socialmente funcional. Tais hipóteses são concordantes, tanto com o modelo explicativo de Lewinsohn (1975) e Segrin e Flora (2000), de que os déficits em habilidades sociais seriam antecedentes à depressão, quanto com o modelo de Coyne (1976), no qual a depressão desencadearia o déficit em habilidades sociais.

A análise das respostas dos terapeutas sobre os seus pacientes também sugere que deficiências em habilidades sociais, em alguns indivíduos, podem ser anteriores ao início de um quadro depressivo, sugerindo que estas poderiam constituir um fator de vulnerabilidade para a formação do transtorno. Tal sugestão baseia-se nos dados obtidos a partir do terceiro item do questionário aplicado aos terapeutas, o qual aponta o estresse interpessoal como a experiência mais frequente anterior ao início da depressão na amostra.

A ausência de diferenças significativas entre os dois grupos quanto ao nível de habilidades sociais consideradas como empáticas sugere, neste estudo, que essa habilidade pode permanecer inalterada nesses indivíduos. No entanto, pesquisas apontam para uma diminuição do comportamento empático nos episódios de depressão. Field, Diego e Hernandez-Reif (2009) destacam que bebês de mães deprimidas se mostram menos responsivos a faces e vozes, por suas mães apresentarem menos habilidades empáticas em períodos de depressão. Outro estudo (BELLINI; BAIME; SHEA, 2002) mostrou que variações de humor em estudantes internos de medicina alteram componentes da empatia medidos pela escala *interpersonal reactivity index* (IRI).

A ausência de diferenças significativas entre os grupos a partir do IE pode ser indicativa de limitações do instrumento, uma vez que ainda não foi publicada avaliação de sua validade preditiva. Embora o IE seja considerado apropriado para utilização segundo alguns estudos (FALCONE et al., 2008), além de ser um instrumento brasileiro, cujos fatores se adaptam ao construto da empatia (FALCONE et al., 2008), os resultados obtidos com ele devem ser ainda considerados com cautela. Mais estudos psicométricos do IE, assim como de sua validade convergente com a versão do IRI-Davis validada no Brasil – Emri (KOLLER; CAMINO; RIBEIRO, 2001), são necessários para maiores esclarecimentos sobre essa questão. Além disso, há uma predominância feminina na amostra, o que poderia provocar um viés de resultado na empatia. Entretanto, estudos quanto à influência de gênero no desempenho de habilidades sociais ainda não são con-

sistentes (CAMPOS, 2010; SOARES et al., 2009). Alguns apontam para diferenças de gênero, enquanto outros não.

Destaca-se ainda que os domínios que apresentaram relevância estatística no IHS (expressão de afeto positivo e de afirmação da autoestima, autoexposição a desconhecidos ou a situações novas e autocontrole da agressividade em situações aversivas) estão relacionados com as habilidades sociais consideradas assertivas. Essa explicação é concordante com o estudo de Caballo (2006) que recomenda treinamento assertivo para deprimidos.

Algumas limitações deste estudo devem ser apontadas:

- O tamanho reduzido da amostra pode ter influenciado para que algumas relações não pudessem se revelar estatisticamente significativas, como os resultados observados na avaliação da habilidade empática. Há necessidade de novos estudos com amostra maior para que os resultados possam ser fortalecidos.
- Nos próximos estudos, deve-se incluir maior número de participantes do gênero feminino.
- Considera-se ainda que, para melhor controle, os mesmos instrumentos devem ser aplicados nos dois grupos a serem comparados, apesar de ter sido feito um controle quanto à saúde mental com o instrumento SRQ.

Além disso, a análise retrospectiva qualitativa do aparecimento dos sintomas depressivos também pode estar sujeita a vieses de memória e distorções, influenciando nos resultados. Além disso, o corte transversal utilizado neste estudo apenas nos permite verificar a existência da associação entre habilidades sociais e depressão, mas não sustenta uma relação temporal ou de causalidade entre os dois fenômenos.

A análise qualitativa dos relatos dos terapeutas constituiu uma observação com um baixo grau de evidência, sujeito a diversos fatores intervenientes, como a carência de precisão de algumas perguntas do formulário respondido pelos terapeutas. Por exemplo, a quinta pergunta – “Já identificou comportamentos sociais indesejáveis no paciente durante as sessões ou a partir dos relatos de experiências sociais do cliente?” – pode ter gerado diferentes interpretações por parte dos terapeutas. Entretanto, o estudo replicou alguns achados relatados na literatura e abriu caminho para futuras investigações acerca desse tema, com o objetivo de identificar fatores de vulnerabilidade para depressão e criar estratégias voltadas principalmente para a atenção primária.

Em suma, pesquisas anteriores são confirmadas, com base nos resultados apresentados, quanto às relações existentes entre déficits em habilidades sociais e depressão, o que sugere que esses déficits podem constituir um dos fatores de vulnerabilidade para o transtorno. Sugere-se também que o nível de gravidade da depressão interfere na capacidade de o indivíduo interagir de modo socialmente habilidoso. Finalmente, o estudo propõe a inclusão de programas de treinamento em habilidades sociais como um dos recursos no tratamento da depressão.

## SOCIAL SKILLS DEFICTS IN DEPRESSION: A COMPARATIVE STUDY

**Abstract:** Objective: To investigate the relationship between deficits in social skills and depression levels. Method: The sample consisted of 46 participants of both sexes were 23 patients in psychotherapy (clinical group) met the DSM-IV-TR for the diagnosis of depression, and had scores compatible with this diagnosis in the Beck depression (BDI). The other 23 subjects (comparison group) had scores in the self report questionnaire (SRQ) compatible with a low probability of developing psychiatric disorder. Yet responded to the Social Skills Inventory (IHS-Del Prette) and Empathy Inventory (IE). Therapists Clinical Group provided information on their patients through a questionnaire. Results: Statistical analysis showed significant differences between groups. A qualitative analysis indicated the relationship between depressive symptoms and interpersonal stress periods. Conclusion: The results confirm previous studies and suggest that deficits in social skills may be a vulnerability factor for depression.

**Keywords:** depression; assertiveness; empathy; social skills; vulnerability.

## LAS DEFICIENCIAS EN LAS HABILIDADES SOCIALES EN LA DEPRESIÓN: UN ESTUDIO COMPARATIVO

**Resumen:** Objetivo: Investigar la relación entre los déficits en habilidades sociales y los niveles de depresión. Método: La muestra constó de 46 participantes de ambos sexos fueron 23 pacientes en psicoterapia (grupo clínico) se reunió con el DSM-IV-TR para el diagnóstico de depresión, y tuvo resultados compatibles con este diagnóstico en el Beck depresión (BDI). Los otros 23 sujetos (grupo de comparación) tuvieron puntuaciones en el *self report questionnaire* (SRQ) compatible con una baja probabilidad de desarrollar trastornos psiquiátricos. Sin embargo, respondieron al inventario de habilidades sociales (IHS-Del Prette) y el inventario de empatía (IE). Grupo de terapeutas clínicos proporcionaron información sobre sus pacientes a través de un cuestionario. Resultados: El análisis estadístico mostró diferencias significativas entre los grupos. Un análisis cualitativo se indica la relación entre síntomas depresivos y los períodos de estrés interpersonal. Conclusión: Los resultados confirman estudios previos y sugieren que los déficits en habilidades sociales puede ser un factor de vulnerabilidad para la depresión.

**Palabras clave:** depresión; asertividad; empatía; habilidades sociales; vulnerabilidad.

## Referências

---

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

BAPTISTA, M. N. **Suicídio e depressão**. Atualizações. Rio de Janeiro: Guanabara Kooogan, 2004.

BECK, A. T. et al. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, v. 4, n. 6, p. 53-63, 1961.

ECK, A. T. et al. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BEDELL, J. R.; LENNOX, S. S. **Handbook for communication and problem-solving skills training: a cognitive-behavioral approach**. New York: Wiley, 1997.

BELLINI, L. M.; BAIME, M.; SHEA, J. A. Variation of mood and empathy during internship. **Jama**, Chicago, v. 287, n. 23, p. 3143-3146, 2002.

BOWLBY, J. **Perda: tristeza e depressão**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004. v. 3.

CABALLO, V. E. El entrenamiento en habilidades sociales como estrategia de intervención en los trastornos psicológicos. In: GIL, F.; LEON, J. (Org.). **Habilidades sociales: teoría, investigación e intervención**. Madrid: Síntesis, 1998. p. 95-111.

- CABALLO, V. E. **Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais**. São Paulo: Santos, 2006.
- CAMPOS, J. R. **Habilidades sociais de adolescentes com indicadores de depressão: considerando fatores de gênero e socioeconômicos**. 2010. 114 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.
- CARNEIRO, R. S. et al. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 229-23, 2007.
- COYNE, J. C. Toward an interaction description of depression. **Psychiatry**, v. 39, n. 1, p. 14-27, 1976.
- DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Inventário de habilidades sociais: manual de aplicação, apuração e interpretação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A.; BARRETO, M. C. M. Análise de um inventário de habilidades sociais (IHS) em uma amostra de universitários. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 14, n. 3, p. 219-228, 1998.
- FALCONE, E. Habilidades sociais: para além da assertividade. In: WIELENSKA, R. C. (Org.). **Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos**. São Paulo: SET, 2000. v. 6, p. 211-221.
- FALCONE, E. M. O. Uma proposta de um sistema de classificação das habilidades sociais. In: GUILHARDI, H. J. et al. (Org.). **Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade**. Santo André: Esetec, 2001. p. 195-209.
- FALCONE, E. M. O.; BUSSAB, S. R.; FERREIRA, M. C. A evolução e as relações entre os estilos de vinculação, a empatia e a raiva. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE HABILIDADES SOCIAIS, 2., 2009, Rio de Janeiro. **Anais....** Rio de Janeiro: BVS-PSI, 2009. p. 79.
- FALCONE, E. M. O. et al. Inventário de empatia (I.E.): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. **Avaliação Psicológica**, v. 7, n. 3, p. 321-334, 2008.
- FIELD, T.; DIEGO, M.; HERNANDEZ-REIF, M. Depressed mothers' infants are less responsive to faces and voices. **Infant. Behav. Dev.**, v. 32, n. 3, p. 239-244, 2009.
- GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 28, n. 6, p. 286-287, 2001.
- HARDING, T. W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development countries. **Psychological Medicine**, v. 10, n. 1, p. 231-241, 1980.
- HIDALGO, C. G.; ABARCA, N. **Comunicación interpersonal**. Programa de entrenamiento en habilidades sociales. 5. ed. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile, 2000.
- KOLLER, S. H.; CAMINO, C.; RIBEIRO, J. Adaptação e validação interna de duas escalas de empatia para uso no Brasil. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 3, p. 43-53, 2001.

- LANDAZABAL, M. G. Psychopathological symptoms, social skills, and personality traits: a study with adolescents. **Span. J. Psychol.**, v. 9, n. 2, p. 182-192, 2006.
- LANGE, A. J.; JAKUBOWSKI, P. **Responsible assertive behavior**. Illinois: Research Press, 1976.
- LEWINSOHN, P. A behavioral approach to depression. In: FRIEDMAN, R. J.; KATZ, M. N. (Ed.). **The psychology of depression**. New York: Wiley, 1975.
- LUSKIN, F. **O poder do perdão**. São Paulo: Francis, 2007.
- MARI, J.; WILLIAMS, P. A. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **Brit. Journal Psychiatry**, v. 148, n. 1, p. 23-26, 1986.
- MOHR, P. et al. The role of perspective taking in anger arousal. **Personality and Individual Differences**, v. 43, n. 3, p. 507-517, 2007.
- OLIVEIRA, P. A. de. **Habilidades sociais, depressão, ansiedade e alcoolismo em bombeiros: um estudo correlacional 2010**. 103 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)– Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.
- PINHO, V. D. de; FERNANDES, C. S.; FALCONE, E. A influência da idade e da escolaridade sobre a experiência empática de adultos. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 456-471, 2011.
- SEGRIN, C.; FLORA, J. Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychosocial problems. **Human Communication Research**, v. 26, n. 3, p. 489-514, 2000.
- SEGRIN, C. et al. Social skills, psychological well-being, and the mediating role of perceived stress. **Anxiety Stress Coping**, v. 20, n. 3, p. 321-329, 2007.
- SOARES, A. B. et al. Estudo comparativo de habilidades sociais e variáveis sociodemográficas de professores. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 35-49, 2009.
- TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health: new understanding, new hope**. Geneva: WHO, 2009.

### **Contato**

Conceição Santos Fernandes  
e-mail: conceicaosf@yahoo.com.br

### **Tramitação**

Enviado em novembro de 2010  
Aceito em outubro de 2011