



## Teoria da Mente, Inteligência Emocional e Psicopatologia

MÓNICA JOSÉ ABREU SOUSA<sup>1</sup>

### Resumo

O presente estudo enquadra-se na linha de trabalhos que procuram contribuir, através da adaptação portuguesa do *Reading the Mind in the Eyes Test* [RevisedAdultVersion] (RMET-RAV; Baron-Cohen, Wheelwright, Hill & Plumb, 2001; versão portuguesa, Sousa, 2010) e do Self-Rated of Emotional Intelligence Scale (SREIS; Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner & Salovey, 2006; Escala de Auto-Avaliação da Inteligência Emocional – EAAIE; versão portuguesa, Sousa, 2010), para o aprofundamento e clarificação de dois constructos em ascensão: a Teoria Da Mente (TdM) e a Inteligência Emocional (IE).

O estudo de comparação entre os dois constructos (TdM e IE) é um estudo não-probabilístico com  $N=301$  e inclui a análise da influência das variáveis sócio-demográficas na TdM e na IE.

No estudo da associação entre a TdM, IE e os sintomas psicopatológicos, os dados sugerem correlações baixas, negativas e significativas entre o RMET-RAV, o EAAIE e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). Os dados sugerem, ainda, que os participantes que apresentam um maior índice de perturbação emocional obtêm pontuações inferiores no EAAIE.

Palavras-chave: Teoria da Mente, Inteligência Emocional, Psicopatologia.

---

<sup>1</sup> Mestre em Psicologia, FPCE-UC – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. E-mail: [monic4sous4@gmail.com](mailto:monic4sous4@gmail.com)

## **Abstract**

The present study falls in line with studies that seek to contribute, through the Portuguese adaptation of the *Reading the Mind in the Eyes Test* [Revised Adult Version] (RAV-RMET, Baron-Cohen, Wheelwright, Hill & Plumb, 2001; Portuguese version, Sousa, 2010) and of the *Self-Rated Emotional Intelligence Scale* (SREIS; Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner & Salovey, 2006; Scale Self-Assessment of Emotional Intelligence - EAAIE; Portuguese version, Sousa, 2010), for deepening and clarification on the rise of two constructs: a Theory of Mind (TdM) and Emotional Intelligence (EI).

The comparison study between the two constructs (TdM and IE) is a non-probabilistic study with N = 301 and includes analysis of the influence of socio-demographic variables in TdM and IE.

In studying the association between TdM, IE and psychopathological symptoms, the data suggest low correlations, negative and significant correlation between the RAV-RMET the EAAIE and Psychopathological Symptoms Inventory (BSI). The data also suggest that participants have a higher rate of emotional disturbance achieve lower scores in EAAIE.

Keywords: Theory of Mind, Emotional Intelligence, Psychopathology.

## Introdução

A teoria da mente (TdM) pode ser entendida como a capacidade para atribuir estados mentais ao próprio e aos outros (Happé, Brownell, & Winner, 1998), sendo por isso, colocada na base constitutiva da relação do sujeito consigo próprio e com os outros. A TdM exemplifica-se por pensamentos, crenças, desejos, emoções, intenções e atitudes de carácter universal que a tornam rápida e automática (Converse, Lin, Keysar, & Epley, 2008; Stronach & Turkstra, 2008). Para além da determinação dos estados mentais dos outros, a TdM poderá ser alcançada através da introspecção, sendo designada de meta-representação (Carruthers, 2009).

A TdM é apontada por Y. Wang, Y. Wang, Chen, Zhu e K. Wang (2008) como uma competência mental fundamental para o funcionamento social ajustado. Esta competência mental permite ao ser humano a sofisticação das relações e das comunicações inter-grupos e intra-grupos (Thirion-Marissiaux & Nader-Grosbois, 2008) e, também, a detecção da comunicação intencional com os outros sujeitos, de onde se evidencia o ensinar, o persuadir, até mesmo o enganar (Baron-Cohen, 1999). De facto, esta capacidade permite a criação de inúmeras concepções do outro, a respeito dos seus estados mentais, e também a explicação dos seus comportamentos passados e a antecipação e predição das suas acções futuras (Keysar, Lin, & Barr, 2003; Wellman & Lagattuta, 2004).

Desde o seu surgimento, com as pesquisas de Premack e Woodruff (1978) sobre a cognição animal, que a TdM tem ocupado um lugar de destaque na comunidade científica, particularmente com as investigações em torno da dimensão desenvolvimental desta capacidade e com os estudos em populações infantis com perturbações psicóticas (*e.g.* autísticas) (Slessor, Phillips, & Bull, 2007).

O termo TdM é paralelo e sobrepõe-se a uma inúmera variedade de constructos (Paal & Bereczkei, 2007), entre os quais o de IE e de Inteligência Social (Bar-On, Tranel, Denburg & Bechara, 2003), uma vez que estes implicam, entre outros aspectos, a identificação das emoções a partir das informações faciais (Mayer, 2001). Assim, estes conceitos sobrepõem-se, particularmente nos seguintes aspectos: (a) estar atento e saber expressar as emoções, (b) estar consciente dos sentimentos dos outros e das relações interpessoais, (c) saber regular os estados emocionais, (d) saber resolver problemas de natureza pessoal e interpessoal, (e) saber interagir com o ambiente gerando emoções positivas. A sobreposição dos três conceitos é verificada na interacção social, pois é nesta que ocorre a compreensão do outro na sua totalidade emocional e mental (Drubach, 2007).

Foi através das perturbações do tipo autístico e esquizofrénico que recentemente o constructo da TdM foi transposto para o domínio da psicopatologia (Caixeta & Nitrini, 2002).

No caso do autismo, Brüne e Brüne-Cohrs (2006) sublinham as grandes dificuldades no contacto ocular e o fracasso no estabelecimento de relações emocionais, o que por si só pode justificar as baixas pontuações obtidas no *Reading the Mind in the Eyes Test* (RMET) (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, & Plumb, 2001).

No que concerne à esquizofrenia, Tirapu-Ustárrroz, Lago e Unturbe (2008) referem que os pacientes que apresentam um predomínio de sintomas positivos, a TdM pode ser uma explicação para os seus comportamentos, mais concretamente no que se refere aos problemas de monitorização das próprias intenções, como é o caso dos delírios de controlo, inserção de pensamento, alucinações auditivas, roubo do pensamento e de incapacidade para inferir os estados mentais do outro, bem como nos delírios paranóides e de auto-referência (Frith, 1992; Frith & Corcoran, 1996). Contudo, Abdel-Hamid, Lehmkämer, Sonntag, Juckel, Daum e Brüne (2009) evidenciam as discordâncias entre os autores na associação entre as dificuldades na TdM e esses sintomas positivos, como os delírios ou as alucinações. Para Kelemen, Erdelyi, Pataki, Benedek, Janka e Kéri (2005), os sintomas negativos e os sintomas paranóides estariam mais consistentemente associados a défices na TdM.

Na depressão, o comprometimento das funções sociais, devido à disfunção da interacção social, faz com que os défices sociais enumerados nos grupos clínicos anteriores estejam também presentes nesta patologia (Wang *et al.*, 2008).

Noutro estudo com o RMET, Richell, Mitchell, Newman, Leonard, Baron-Cohen e Blair (2003) observaram que os psicopatas obtiveram resultados semelhantes ao grupo de controlo. Estes dados, segundo Fecteau, Pascual-Leone e Théoret (2007), evidenciam que a compreensão do estado mental do outro providencia uma vantagem manipulativa ao psicopata, ao passo que os défices empáticos justificam a incapacidade em se colocar na perspectiva da vítima.

Os traços esquizotípicos em indivíduos de populações não clínicas, foram ainda objecto de estudo da TdM. Nas investigações conduzidas por Langdon e Coltheart (1999), os indivíduos que obtiveram resultados mais elevados nas escalas que medem a esquizotipia alcançaram resultados mais pobres em tarefas da TdM, comparativamente com os outros que obtiveram resultados mais baixos nessas escalas.

Face ao anteriormente exposto, Frith e Frith (2003) referem a presença de alguns problemas psicológicos nos indivíduos com défices associados às funções implícitas na TdM, designadamente: (1) improficiência na regulação dos afectos e, consequentemente, no

controlo dos impulsos; (2) incapacidade em estimar correctamente o que as outras pessoas sentem em relação aos próprios sentimentos; (3) rigidez e inflexibilidade na atribuição das expectativas ao outro; (4) procura de resoluções para os problemas interpessoais que lhes sejam sempre favoráveis.

A IE também foi transposta para o domínio da psicopatologia. Contudo, Zarean, Asadollahpour, Bahadori, Aayatmehr, Bakhshipour e Dadkhah (2008) sugerem a inexistência de uma causalidade directa entre a componente emocional e afectiva da psicopatologia mencionada na literatura. Todavia, os estudos da IE que recorrem à medida de habilidade baseada no modelo de Mayer e Salovey (1997), designadamente ao *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test* (MSCEIT; Mayer, Salovey & Caruso, 2002; versão portuguesa, Monteiro, 2009), bem como ao Inventário de Depressão de Beck (BDI; Beck & Steer, 1993; versão portuguesa, Vaz Serra & Pio Abreu, 1973) e ao Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI-Y; Spielberger, 1970; versão portuguesa, Silva, 2003) reportam uma correlação negativa e significativa tanto entre a IE e a depressão ( $r = -.33$ ), como entre a IE e a ansiedade ( $r = -.29$ ) (Brackett & Salovey, 2006). A replicação deste estudo numa amostra australiana obteve resultados similares, ou seja, observou-se novamente uma correlação negativa da depressão ( $r = -.25$ ) e da ansiedade ( $r = -.31$ ) com a IE (David, 2002, cit. por Brackett & Salovey, 2006). Outros estudos sugerem, também, uma correlação negativa entre a IE e os seguintes indicadores psicopatológicos: somatização, obsessão-compulsão, ansiedade fóbica, hostilidade, ideação paranóide e psicoticismo (Zarean *et al.*, 2008).

Num estudo levado a cabo por Ciarrochi, Deane e Anderson (2002), os dados sugerem a inexistência de uma correlação entre as variáveis IE, stress e saúde mental. Contudo, os mesmos autores sugerem que uma das componentes da IE, nomeadamente a percepção emocional, possui uma correlação negativa com o *distress*, a ansiedade, a depressão, a paranóia, o desespero e a ideação suicida.

Esta investigação assenta numa metodologia transversal de carácter exploratório (Almeida & Freire, 2003). Inclui as seguintes hipóteses e estudos.

A literatura aponta para a sobreposição teórica entre a TdM e a IE, sendo a compreensão do outro na sua totalidade emocional e mental verificada na interacção social (Drubach, 2007). Deste modo, pressupõe-se a existência de correlações estatisticamente significativas entre as pontuações obtidas no *Reading the Mind in the Eyes Test* [*Revised Adult Version*] (RMET-RAV; Baron-Cohen, Wheelwright, Hill & Plumb, 2001; versão portuguesa, Sousa, 2010) e no *Self-Rated of Emotional Intelligence Scale* (SREIS; Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner & Salovey, 2006; Escala de Auto-Avaliação da Inteligência Emocional –

EAAIE; versão portuguesa, Sousa, 2010).

Os estudos revelam, ainda, uma relação inversa entre as variáveis psicopatológicas (sintomáticas) e as pontuações obtidas no RMET-RAV e no EAAIE, (e.g. Brüne & Brüne-Cohrs, 2006; Zarean *et al.*, 2008).

## **Metodologia de Investigação**

Neste estudo, tendo como referência as hipóteses de Drubach (2007) sobre a sobreposição dos constructos TdM e da IE, procura-se verificar empiricamente as relações estatísticas entre o RMET – RAV e o EAAIE. Procura-se, também, avaliar as associações entre os sintomas psicopatológicos avaliados pelo BSI, a TdM (medida pelo RMET – RAV) e a IE (medida pela EAAIE), de forma a determinar a influência da perturbação emocional (BSI) nas pontuações obtidas no RMET-RAV e no EAAIE.

As constatações/achados empíricos antes enunciados operacionalizam-se nas seguintes hipóteses:

**H<sub>1</sub>:** Os resultados no RMET – RAV e no EAAIE apresentam correlações fortes na sequência da sobreposição dos dois constructos.

**H<sub>2</sub>:** O nível de psicopatologia (BSI) correlaciona-se com os resultados obtidos no RMET – RAV e no EAAIE. Neste caso, as pontuações obtidas a nível das dimensões ideação paranóide, depressão, hostilidade e psicoticismo, na escala BSI, correlacionam-se negativamente com as pontuações obtidas no RMET – RAV. Espera-se, ainda, que as pontuações obtidas a nível das dimensões somatização, obsessões-compulsões, hostilidade, ansiedade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo, se correlacionem, também negativamente, com as pontuações obtidas no EAAIE.

**H<sub>3</sub>:** Os resultados no RMET – RAV e no EAAIE diferem em função da presença de perturbação emocional.

## **Material e Métodos**

### **Amostra**

O processo de amostragem foi o de conveniência, não-probabilística. A amostra (N= 301) normativa inclui sujeitos maioritariamente do sexo feminino, 229 (71,6%), com idades compreendidas entre os 15 e os 76 anos (M = 31,23; DP = 11,60), com uma amplitude de

intervalo de variação de 61 anos. A distribuição das idades, para um erro do tipo I de .05, é platicúrtica, pois o coeficiente de assimetria (7,11) revela o predomínio de idades mais jovens.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes são solteiros (61,1%), seguindo-se os casados (28,6%), os divorciados (6,6%), as uniões de facto (2,3%) e os viúvos (1,3%).

No que toca às habilitações literárias, verifica-se que 0,7% dos sujeitos têm 2 anos de escolaridade, 2,3% dos sujeitos têm 4 anos de escolaridade, 1,7% dos sujeitos têm 6 anos de escolaridade, 8,3% dos sujeitos têm 9 anos de escolaridade, 43,2% dos sujeitos têm 12 anos de escolaridade, 10,6% têm 15 anos de escolaridade, 30,6% têm 17 anos de escolaridade, 2,3% dos sujeitos têm 20 anos de escolaridade e que 0,3% dos sujeitos têm 25 anos de escolaridade.

## **Materiais**

### **Questionário de dados sócio-demográficos**

Os dados sócio-demográficos em estudo foram obtidos recorrendo a um questionário construído para o efeito. Este questionário integra questões fechadas relativas à idade, à profissão, ao sexo, ao estado civil e às habilitações literárias.

### ***Reading the Mind in the Eyes Test [Revised Adult Version] (RMET – RAV)***

Com o objectivo de avaliar operacionalmente a teoria da mente, designadamente as representações de 1ª ordem (Baron-Cohen *et al.*, 2001), recorreu-se à adaptação portuguesa do RMET – RAV (Sousa, 2010). Este teste é constituído por 36 imagens a preto e branco da região dos olhos, sendo que 19 dessas imagens são de pessoas do género masculino e 17 do género feminino.

O RMET-RAV encontra-se dividido em duas partes, sendo a primeira constituída pela folha de resposta e a segunda pelas 36 imagens da região dos olhos. Aos sujeitos foi-lhes pedido que assinalassem a opção correcta somente na folha de resposta.

Para cada imagem da região dos olhos, os participantes têm que escolher, de entre quatro adjectivos, aquele que melhor descreve o estado mental ilustrado na fotografia (*e.g.* no item 1, a escolha terá que ser efectuada entre os seguintes adjectivos: “Animado”, “Consolando”, “Irritado” e “Aborrecido”). De acordo com Baron-Cohen e colaboradores (2001), apenas um dos adjectivos corresponde ao estado mental, sendo os restantes estímulos-distractores.

### **Escala de Auto-Avaliação da Inteligência Emocional (EAAIA)**

A Escala de Auto-Avaliação da Inteligência Emocional (EAAIE; Sousa, 2010) corresponde à adaptação portuguesa do *Self-Rated of Emotional Intelligence Scale* (SREIS; Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner, & Salovey, 2006) e tem como objectivo medir a capacidade dos sujeitos em relação à percepção, compreensão, uso e gestão das emoções de modo a averiguar o nível de competência desses mesmos sujeitos em termos de gestão social. Neste instrumento cada uma das dimensões antes enunciadas é avaliada por quatro itens, à excepção da dimensão uso das emoções que apenas inclui três.

É uma escala do tipo Likert com 19 itens, pontuáveis de 1 a 5 (“Discordo plenamente” (1), “Discordo parcialmente” (2), “Não concordo/Nem discordo” (3), “Concordo parcialmente” (4), “Concordo plenamente” (5), respectivamente).

### **Inventário de Sintomas Psicopatológico (BSI)**

A sintomatologia clínica e o nível de psicopatologia foram avaliadas através do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis & Spencer, 1982, versão portuguesa, Canavarro, 2007), seguindo os critérios de cotação estabelecidos no seu estudo para a população portuguesa.

Este inventário de auto-relato é uma forma breve de 53 itens do *Symptom Checklist-90* (SCL-90; Derogatis & Savitz, 1999), que avalia a sintomatologia psicopatológica em termos de nove dimensões básicas de sintomatologia e três Índices Globais (o Índice Geral de Sintomas, o Total de Sintomas Positivos e o Índice de Sintomas Positivos), sendo, estes últimos, avaliações sumárias de perturbação emocional. As nove dimensões descritas por Derogatis (1982), segundo Canavarro (2007), agrupam 49 dos itens: somatização (7 itens); obsessões-compulsões (6 itens); sensibilidade interpessoal (4 itens); depressão (6 itens); ansiedade (6 itens); hostilidade (5 itens); ansiedade fóbica (5 itens); ideação paranóide (5 itens) e psicoticismo (5 itens). Outros 4 itens não se integram nestas dimensões, mas referem-se a sintomatologia relevante.

No seu preenchimento, o participante deverá classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala de tipo *Likert*, com as seguintes opções: “Nunca” (0), “Poucas vezes” (1), “Algumas vezes” (2), “Muitas vezes” (3) e “Muitíssimas vezes” (4). A escala possui um ponto de corte no Índice de Sintomas Positivos, considerando haver maior probabilidade de encontrar indivíduos perturbados emocionalmente nos sujeitos com pontuações  $\geq 1.7$  (Canavarro, 2007).



## Procedimentos

No que se refere à utilização dos instrumentos ainda não validados para a população portuguesa, designadamente o SREIS (Brackett *et al.*, 2006) e o RMET-RAV (Baron-Cohen *et al.*, 2001), procedeu-se ao pedido de autorização junto dos respectivos autores. Recebida a autorização, iniciou-se o processo de tradução-retroversão. Neste processo, a tradução do RMET-RAV para o português de Portugal foi, ainda, comparada com a versão existente para o português do Brasil, também da responsabilidade do autor da versão original (Autism Research Centre, s.d.).

Para garantir a qualidade das versões assim obtidas, nomeadamente no que respeita à clareza e compreensão dos itens, ambos os instrumentos foram submetidos numa primeira fase a um pré-teste com um grupo de dez sujeitos.

A recolha da amostra processou-se de forma individual ou em pequenos grupos, sendo transversal à aplicação a seguinte norma: antes do início do preenchimento do protocolo foram apresentados os objectivos do estudo e o interesse da administração do mesmo, assim como a garantia do anonimato, a estrita confidencialidade das respostas e o pedido de colaboração dos participantes. A todos os participantes foi fornecido o consentimento informado de acordo com a Declaração de Helsínquia. O tempo médio de preenchimento dos instrumentos foi de trinta minutos, aproximadamente.

O tratamento dos dados foi realizado através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17. No sentido de testar as hipóteses, recorreu-se à estatística paramétrica. Assim, para o estudo das diferenças entre grupo, utilizou-se o *student t-test* para a comparação das médias entre grupos independentes e, relativamente à confirmação da homogeneidade da variância, efectuou-se o teste F de Levene.

O estudo da relação entre as variáveis foi feito através das correlações de *Pearson*.

## Resultados

Antes de se proceder à avaliação das variáveis e das hipóteses em estudo, a amostra foi analisada considerando a existência de valores extremos, isto é, de *outliers* capazes de enviesar os resultados. Os *outliers* moderados (RMET-RAV e EAAIE) e o *outlier severo* (EAAIE) identificados foram estudados, considerando a sua possível importância nos resultados. No que concerne aos *outliers* moderados, não se verificou qualquer alteração

significativa nos resultados com a sua exclusão, razão pela qual continuaram a integrar a base de dados em estudo. Optou-se, também, pelas mesmas razões, por não excluir o sujeito *outlier* severo.

### **Estudo da relação entre a TdM, medida pelo RMET-RAV, e a IE, medida pelo EAAIE**

Os participantes no estudo obtiveram uma média 22,56 pontos (DP = 4,50) no RMET-RAV. O número mínimo de pontos obtidos foi de 8 (0,3%, n=1) e o número máximo de 32 pontos (0,7%, n=2), sendo a amplitude de variação de 24 pontos. As pontuações de 9, 8 e 10 correspondem a *outliers* moderados, uma vez que se situam entre 1.5 e 3 amplitudes de quartil. O intervalo de confiança apresentado informa que se tem 95% de confiança do verdadeiro mínimo e máximo dos resultados obtidos se situar entre 22,05 e 23,07 pontos.

O primeiro quartil indica que em 25% dos 36 itens os participantes obtiveram no máximo 20 pontos. O segundo quartil indica que em 50% dos 36 itens os participantes obtiveram no máximo 23 pontos. O terceiro quartil indica que 75% dos 36 itens os participantes obtiveram no máximo 26 pontos. A amplitude inter-quartil demonstra que em 50% dos participantes analisados existe uma dispersão de 6 pontos.

A distribuição das pontuações, para um erro do tipo I de .05, é mesocúrtica. Mantendo o erro de tipo I de .05, o coeficiente de assimetria (-4.2) revela a existência de simetria. O facto da média e da média aparada a 5% apresentarem valores semelhantes demonstra, igualmente, a presença da simetria.

Duzentos e cinquenta e oito sujeitos responderam, no RMET-RAV, acertadamente ao item 15 (85,7%), ao passo que apenas dezasseis acertaram no item 27 (5,3%). A partir da análise da frequência de acertos em cada item, identificaram-se os itens por ordem decrescente de dificuldade: 27, 2, 13, 7, 19, 33, 10, 9, 31, 35, 32, 17, 26, 24, 23, 25, 36, 4, 5, 1, 11, 28, 8, 12, 14, 16, 20, 29, 34, 21, 22, 3, 18, 30, 6, 15.

O valor mínimo obtido no EAAIE foi de 36 pontos (0,3%, n=1) e o máximo de 87 pontos (0,3%, n=1), sendo a amplitude de variação de 51 pontos. As pontuações inferiores ou iguais a 46 correspondem a *outliers* moderados, uma vez que se situam entre 1.5 e 3 amplitudes de quartil. Contudo, a pontuação 87 corresponde a um *outlier* severo, encontrando-se entre valores superiores ou iguais a 3 amplitudes de inter-quartil para baixo do Q1 ou para cima do Q3. Neste sentido, em média, os participantes obtiveram a pontuação de 64,10 (DP = 7,85), sendo que o intervalo de confiança apresentado informa que se têm 95% de confiança do verdadeiro mínimo e máximo dos resultados obtidos se situar entre 63,21 e 64,99 pontos.

Em 25%, 50% e 75% dos itens analisados os participantes obtiveram mais de 60 pontos, 64 pontos e 69 pontos, respectivamente. A amplitude inter-quartil demonstra que em 50% dos participantes analisados existe uma dispersão de 9.5 pontos.

O coeficiente de simetria (-2), para o erro do tipo I do analista ( $p=.05$ ), sugere que a distribuição das pontuações é enviesada à direita, ou seja, com predomínio de pontuações mais elevadas.

Os resultados obtidos no RMET-RAV, indicam que o item que obteve um maior número de respostas certas foi o item 15 (85,7%) e o que obteve um menor número de respostas certas foi o item 27 (5,3%). Por outro lado, no estudo desenvolvido por Lopes (2009), no item 15 acertaram 87,3% participantes e no item 27, os acertos rondaram os 78,3% participantes. Ainda neste estudo, o item com menor taxa de acertos foi o 8 (37,9%) e o item com uma maior taxa de acertos foi o 19 (91,2%).

Considerando a  $H_1$ , isto é, que os resultados no RMET – RAV e no EAAIE apresentam correlações fortes na sequência da sobreposição dos dois constructos, verifica-se que os dados revelam a existência de uma associação extremamente baixa entre as pontuações obtidas no RMET-RAV e no EAAIE, sendo esta estatisticamente significativa [ $r = -.01$ ,  $p < .05$ ].<sup>2</sup>

Apenas 0.01% da variância da pontuação obtida no RMET-RAV é explicada pela pontuação obtida no EAAIE, ficando os restantes 99.99% a serem devidos a outros factores. No entanto, como o nível de significância do teste é de .86, não se rejeita a hipótese nula da correlação ser zero no universo, para qualquer erro do tipo I do analista.

### **Estudo das associações entre as variáveis psicopatológicas (BSI), a TdM (RMET – RAV) e a IE (EAAIE)**

A  $H_2$  considera que o nível de psicopatologia (BSI) se correlaciona com os resultados obtidos no RMET – RAV e no EAAIE. Neste caso, espera-se que as pontuações obtidas ao nível das dimensões ideação paranóide, depressão, hostilidade e psicoticismo, na escala BSI, se correlacionem negativamente com as pontuações obtidas no RMET – RAV. Espera-se, ainda, que as pontuações obtidas ao nível das dimensões somatização, obsessões-compulsões, hostilidade, ansiedade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo, se correlacionem

---

<sup>2</sup>No R de *Pearson*, segundo o critério de Cohen (1988), as correlações inferiores a .10 a .30 são consideradas baixas; as médias vão de .30 a .50 e as altas vão de .50 e 1.

também negativamente com as pontuações obtidas no EAAIE.

Os dados sugerem a existência de algumas correlações baixas negativas, embora significativas entre o BSI e o RMET-RAV e o BSI e o EAAIE (Tabela I). Assim, entre o RMET-RAV e o BSI verificam-se os seguintes resultados: Somatização [ $r = -.18, p < .01$ ], Ideação Paranóide [ $r = -.14, p < .05$ ], Psicoticismo [ $r = -.15, p < .05$ ], Índice Geral de Sintomas [ $r = -.11, p < .05$ ] e Índice Sintomas Positivos [ $r = -.11, p < .05$ ]. Ao passo que entre o EAAIE e o BSI os resultados foram os seguintes: Somatização [ $r = -.13, p < .05$ ], Obsessões-Compulsões [ $r = -.18, p < .01$ ], Sensibilidade Interpessoal [ $r = -.28, p < .01$ ], Depressão [ $r = -.20, p < .01$ ], Ansiedade [ $r = -.19, p < .01$ ], Ansiedade Fóbica [ $r = -.15, p < .01$ ], Ideação Paranóide [ $r = -.18, p < .01$ ], Hostilidade [ $r = -.20, p < .01$ ], Índice Geral de Sintomas [ $r = -.21, p < .01$ ] e Índice Sintomas Positivos [ $r = -.21, p < .01$ ].

	RMET-RAV	EAAIE
Somatização	-.18**	-.13*
Obsessões-Compulsões		-.18**
Sensibilidade Interpessoal		-.28**
Depressão		-.20**
Ansiedade		-.19**
Ansiedade Fóbica		-.15**
Ideação Paranóide	-.14*	-.18**
Psicoticismo	-.15*	
Hostilidade	-.11*	-.20**
IGS	-.11*	-.21**
ISP	-.11*	-.21**
TSP		

**Tabela I.** Correlações entre o RMET-RAV, a EAAIE e as subescalas do BSI. Nota: IGS (Índice Geral de Sintomas); TSP (Total de Sintomas Positivos); ISP (Índice Sintomas Positivos); \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; foram omitidas as correlações não significativas.

### Estudo da influência da perturbação emocional (BSI) nas pontuações obtidas no RMET-RAV e no EAAIE

Segundo a  $H_3$  os resultados no RMET – RAV e no EAAIE diferem em função da presença de perturbação emocional.

Todavia, antes de se proceder à averiguação da perturbação emocional nas pontuações alcançadas no RMET-RAV e na EAAIE, levaram-se a cabo outras análises preliminares

consideradas relevantes.

		Teste de Levene		<i>t</i> - test para a igualdade de médias					Intervalo de confiança a 95%	
		F	Sig.	<i>t</i>	df	Sig.	Diferença de Médias	Erro Padrão	Inferior	Superior
RMET-RAV	Igualdade variâncias	11.07	.00	-1.14	299	.25	-.60	.52	-1.63	.43
	Igualdade variâncias não assumida			-1.2	298.82	.24	-.60	.50	-1.59	.39
EAAIE	Igualdade variâncias	.00	.95	-2.56	299	.01	-2.32	.91	-4.12	-.54
	Igualdade variâncias não assumida			-2.57	279.29	.01	-2.32	.90	-4.10	-.55

**Tabela II.** Teste *t* para a distribuição da perturbação emocional no RMET-RAV e no EAAIE.

	PC	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	EP
RMET-RAV	≥ 1,70	173	22,31	4,97	.38
	< 1,70	128	22,91	3,77	.33
EAAIE	≥ 1,70	173	63,12	7,91	.60
	< 1,70	128	65,44	7,61	.68

**Tabela III.** Dados estatísticos relativos à perturbação emocional no que concerne ao RMET-RAV e ao EAAIE. Nota: IGS: PC (ponto de corte no Índice de Sintomas Positivos); *N* ( número de participantes); *M* (média); *DP* (desvio-padrão); EP (erro padrão).

Numa primeira análise verificou-se que 26,9% dos participantes apresentam valores superiores ao ponto de corte (ISP do BSI  $\geq 1.7$ ), o que sugere uma maior probabilidade desses indivíduos apresentarem algum tipo de sintomatologia psicopatológica.

O F de Levene revelou que a variável distribuição da perturbação emocional (participantes onde o ISP do BSI  $\geq 1.7$ ), no RMET-RAV ( $p < .05$ ) apresenta um valor não-significativo, ou seja, as variâncias não são significativamente distintas, violando o pressuposto da homogeneidade. No EAAIE ( $p > .05$ ), a variável distribuição da perturbação emocional (participantes onde o ISP do BSI  $\geq 1.7$ ) apresenta um valor significativo, ou seja, cumpre o pressuposto de homogeneidade das variâncias.

Como o nível de significância do teste  $t$  para o RMET-RAV é de .24, não se rejeita a hipótese nula da igualdade de pontuações entre os participantes com ou sem perturbação emocional, para qualquer erro do tipo I do analista (Tabela 2). Os resultados demonstram, assim, que não há diferenças significativas entre os participantes com ou sem perturbação emocional [ $t_{(299)} = -1.2, p = .24$ ].

Por outro lado, o nível de significância do teste  $t$  para o EAAIE é de .01 ( $p < .05$ ), o que leva à aceitação da hipótese alternativa, para qualquer erro do tipo I do analista (Tabela 2). Ou seja, as pontuações diferem entre os participantes com ou sem perturbação [ $t_{(299)} = -2.56, p = .01$ ]. Os resultados demonstram que a presença de perturbação emocional influencia negativamente as pontuações dos participantes no EAAIE, sendo esta conclusão confirmada pelo intervalo de confiança de 95%.

Os dados sugerem, ainda, que os indivíduos sem perturbação emocional obtêm pontuações superiores no EAAIE ( $M = 65,12; DP = 7,61$ ), comparativamente com os participantes que possuem uma perturbação emocional ( $M = 63,12; DP = 7,91$ ) (Tabela 3).

No entanto, no RMET-RAV e para um  $N = 301, \alpha = .05$  e  $d = .1$ , a probabilidade de se rejeitar a  $H_0$  é de 23%, o que segundo Pestana e Gageiro (2000) indicia que os participantes com ou sem perturbação emocional obtêm pontuações semelhantes. No EAAIE para um  $N = 301, \alpha = .05$  e  $d = .3$ , a probabilidade de se rejeitar a  $H_0$  é de 96%. De acordo com Pestana e Gageiro (2000), esta percentagem indicia que no EAAIE os participantes que apresentam perturbação emocional alcançam pontuações inferiores.

## **Discussão dos Resultados**

No que concerne ao EAAIE, Mayer, Salovey e Caruso (2000) referem que neste tipo de escalas de auto-avaliação os indivíduos têm que efectuar uma auto-percepção da sua IE. Presume-se que esses indivíduos são detentores de uma capacidade introspectiva (Hedlung & Sternberg, 2000). Todavia, a veracidade das respostas obtidas pela amostra em estudo é questionável. Pondera-se que estas respostas possam estar enviesadas pela desejabilidade social (Dunning, Johnson, Ehrlinger & Kruger, 2003), uma vez que o coeficiente de simetria (-2), para o erro do tipo I do analista ( $p = .05$ ), sugere o predomínio de pontuações mais elevadas.

Os resultados deste estudo sugerem a existência de correlações negativas e extremamente baixas, mas estatisticamente significativas, entre o RMET-RAV e o EAAIE. Apenas 0.01% da variância da pontuação obtida num instrumento é explicada pela pontuação

obtida no outro. Assim, estes resultados sugerem a inexistência de verificação empírica da sobreposição teórica proposta por Drubach (2007), designadamente a inter-dependência de ambos os constructos na interacção social.

Provavelmente este resultado reflecte o facto do REMT-RAV visar a medição da IS, ao passo que o constructo teórico que está na base do SREIS (Brackett & colaboradores, 2006; Escala de Auto-Avaliação da Inteligência Emocional – EAAIE; versão portuguesa, Sousa, 2010) se foi distanciando do conceito de IS do qual partiu, focalizando-se mais na resolução emocional dos problemas do que nos aspectos sociais, tratando-se assim de uma subcategoria da IS (Mayer *et al.*, 2000).

Com efeito, este estudo corrobora a investigação que indica que o SREIS (Brackett *et al.*, 2006; Escala de Auto-Avaliação da Inteligência Emocional – EAAIE; versão portuguesa, Sousa, 2010) não apresenta correlações com os instrumentos que visam a medição das competências sociais (Brackett *et al.*, 2006).

Para a hipótese que associa os sintomas psicopatológicos, medidos pelo BSI, a variável TdM, medida pelo RMET-RAV, e a variável a IE, medida pela EAAIE, constatou-se a existência de algumas correlações significativas, embora baixas.

Numa análise mais aprofundada destes resultados conclui-se a existência de correlações negativas entre o RMET-RAV e as seguintes dimensões psicopatológicas: ideação paranóide e psicoticismo. Estes resultados sugerem que os participantes que pontuam mais nestas dimensões apresentam um comportamento paranóide com perturbação do funcionamento cognitivo mas, também, sintomas primários da esquizofrenia (Canavarro, 2007), obtendo pontuações inferiores no RMET-RAV.

A amostra em estudo é proveniente da população dita não clínica, no entanto, estes resultados parecem aproximar-se da sintomatologia presente no quadro clínico da esquizofrenia e das fracas pontuações que este grupo clínico apresenta neste instrumento, tal como foi demonstrado pelos estudos levados a cabo por Tirapu-Ustárrroz, Lago e Unturbe (2008).

Continuando a analisar em detalhe estes resultados, verifica-se que as correlações negativas entre a EAAIE e as dimensões psicopatológicas depressão, ansiedade, somatização, obsessões-compulsões, ansiedade fóbica, ideação paranóide e hostilidade, estão em consonância com os resultados dos estudos já efectuados (Brackett & Salovey, 2006; Zarean *et al.*, 2008).

No estudo da sintomatologia psicopatológica, através do ISP do BSI, verificou-se que 26,9% participantes do total da amostra apresentam perturbação emocional.

Para a hipótese que associa a presença de perturbação emocional e as pontuações obtidas no RMET-RAV, os resultados obtidos sugerem que os participantes com ou sem perturbação emocional obtêm pontuações semelhantes neste instrumento, o que parece ir contra o evidenciado noutras investigações. Por exemplo, Tirapu-Ustárrroz e colaboradores (2008) encontraram relações inversas entre os níveis de sintomatologia psicopatológica e as pontuações no RMET-RAV.

A hipótese que associa a presença de perturbação emocional e as pontuações alcançadas na EAAIE sugere que os participantes que apresentam perturbação emocional alcançam pontuações mais baixas na EAAIE. Os resultados do presente estudo estão de acordo com a literatura, que evidencia a existência de uma relação inversa entre as duas variáveis, ou seja, os indivíduos que alcançam pontuações superiores nos testes de IE são menos propensos para desenvolver doenças do foro psicológico (Salovey, 2001).

## **Conclusão**

Este trabalho procura colmatar a escassez de investigação sobre a TdM e a IE, possibilitando uma reflexão e tomada de consciência mais profunda sobre estes constructos, uma vez que ainda se encontram numa fase de imaturidade científica (Mayer, Barsade & Richard, 2008).

No que diz respeito ao facto da TdM ser considerada somente uma teoria, que não é passível de ser comprovada empiricamente (Marques-Teixeira, 2006), os resultados obtidos na presente investigação pressupõem o oposto. Refira-se a este propósito que as investigações levadas a cabo por Baron-Cohen, Wheelwright e Jolliffe (1997) apresentam dados científicos que sustentam a ideia de uma “linguagem dos olhos”, ou seja, que os estados mentais são observáveis e passíveis de serem identificados numa imagem a preto e branco da região dos olhos, tal como é operacionalizada na RMET-RAV. É de realçar que no presente estudo os participantes obtiveram um número de pontos que vão desde de 8 (0,3%) a 32 (0,7%), sendo a pontuação máxima possível de 36 pontos.

Este estudo também revelou que não é totalmente clara a relação estatística entre os constructos, embora seja quase inegável a sua sobreposição teórica, na qual se considera a inter-dependência na optimização da interacção social bem sucedida (Brackett, Warner, & Bosco, 2005; Wang, *et al.*, 2008).

Só recentemente é que a TdM e a IE foram transportadas para a psicopatologia (Caixeta & Nitrini, 2002; Zarean *et al.*, 2008). Sendo assim, seriam também pertinentes



estudos que comparassem, novamente, a associação entre as variáveis sintomas psicopatológicos, a TdM e a IE.

Certamente que estudos longitudinais seriam uma mais-valia para o aprofundamento desta associação. Espera-se que este trabalho se constitua como um estímulo para a continuidade da pesquisa em torno da aplicação da RMET-RAV à população dita não clínica, podendo assim, ir um pouco mais além dos grupos clínicos que constituem a raiz da sua origem e que ocorra uma maior compreensão desta competência, que é apontada por alguns autores como a capacidade mais distintiva do ser humano (Converse, Lin, Keysar, & Epley, 2008; Ermer, Guerin, Cosmides, Tooby & Miller, 2006; Stronach & Turkstra, 2008).

Entre as diversas limitações apresentadas nesta investigação, salientam-se duas bastante pertinentes e que merecem uma reflexão particular: a utilização de instrumentos sem estudos prévios suficientes para assegurar a sua validade – RMET-RAV e o EAAIE – e a dificuldade na obtenção, junto dos próprios autores das escalas ou de outros investigadores que iniciaram o processo de adaptação destas, de um maior número de dados psicométricos. Esta limitação vai ao encontro à já expressa por Landy (2005), quando refere que o facto das bases de dados de cotação dos instrumentos como o *Multifactor Emotional Intelligence Test* (MEIS; Mayer, Caruso, & Salovey, 1999) e a MSCEIT (Mayer, Salovey & Caruso, 2002; versão portuguesa, Monteiro, 2009) não serem públicas, impossibilita uma análise verdadeiramente independente.

Outra das limitações diz respeito à sub-representação de sujeitos do género masculino. Sugere-se, ainda, o alargamento a outras faixas etárias e o aprofundamento das diferenças de género.

Uma outra fragilidade prende-se com o número de instrumentos utilizados. Seria importante, em trabalhos futuros, comparar os resultados obtidos com instrumentos que visem a medição de competências sociais, da inteligência (QI), da expressão facial e até mesmo estudos em contexto natural, de modo a poder determinar a validade ecológica de ambos os instrumentos.

## Bibliografia

- Abdel-Hamid, M., Lehmkämer, C., Sonntag, C., Juckel, G. Daum, I., & Brüne, M. (2009). Theory of mind in schizophrenia: the role of clinical symptomatology and neurocognition in understanding other people's thoughts and intentions. *Psychiatry Research, 165*, 19-26.
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Autism Research Centre (ARC). (s.d). EyesTest (Adult). Acedido a 3 de Novembro de 2009, em: [http://www.autismresearchcentre.com/tests/eyes\\_test\\_adult.asp](http://www.autismresearchcentre.com/tests/eyes_test_adult.asp)
- Bar-On, R., Tranel, D., Denburg, N., & Bechara, A. (2003). Exploring the neurological substrate of emotional and social intelligence. *Brain, 8*, 1790-1800.
- Baron-Cohen, S. (1999). Evolution of a theory of mind?. In M. Corballis, & S. Lea (Eds.), *The descent of mind: psychological perspectives on hominid evolution* (pp. 261-277). New York: OxfordUniversity Press.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., & Jolliffe, T. (1997). Is there a “language of the eyes”? Evidence from normal adults, and adults with autism or Asperger Syndrome. *Visual Cognition, 4*, 311-331.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The “Reading the Mind in the Eyes” Test Revised Version: A study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*(2), 241-251.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory*. Manual. San Antonio: Psychology Corporation.
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., Shiffman, S., Lerner, N., & Salovey, P. (2006). Relating emotional abilities to social functioning: A comparison of self-report and performance measures of emotional intelligence. *Journal of Personality and Social Psychology, 91*, 780-795.
- Brackett, M. A., Warner, R., & Bosco, J. (2005). Emotional Intelligence and relationship quality among couples. *Personal Relationships, 12*, 197-212.
- Brüne, M. & Brüne-Cohrs, U. (2006). Theory of mind-evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 30*, 437-455.
- Caixeta, L. & Nitrini, R. (2002). Teoria da mente: uma revisão com enfoque na sua incorporação pela psicologia médica. *Psicologia: reflexão e crítica, 15*(1), 105-112.

- Canavarro, M.C. (2007). Inventário de Sintomas Breves — B. S. I.. In M. R. Simões, C. Machado, L. S. Almeida & M. M. Gonçalves (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. 3, pp. 127-140). Coimbra: Quarteto.
- Carruthers, P. (2009). How we know our own minds: The relationship between mindreading and metacognition. *Behavioral and brain sciences*, 32, 121-182.
- Ciarrochi, J., Deane, F., & Anderson, D. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 32, 197-209.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup>ed.) Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Converse, A., Lin, S., Keysar, B., & Epley, N. (2008). In the mood to get over yourself: mood affects Theory-of-Mind use. *Emotion*, 8(5), 725-730.
- Derogatis, L. R. (1982). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3<sup>rd</sup>ed.). Minneapolis: National Computers Systems.
- Derogatis, L. & Savitz, K. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory and matching clinical rating scales. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (pp. 679-725). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Drubach, D. A. (2007). The Purpose and Neurobiology of Theory of Mind Functions. *Journal of Religion and Health*, 47, 354-365.
- Dunning, D., Johnson, K., Ehrlinger, J., & Kruger, J. (2003). Why people fail to recognize their own incompetence?. *Psychological Science*, 12(3), 83-87.
- Ermer, E., Guerin, S., Cosmides, L., Tooby, J., & Miller, M. (2006). Theory of Mind and broad and narrow: Reasoning about social exchange engages ToM areas, precautionary reasoning does not. *Social Neuroscience*, 1(3-4), 196-219.
- Fecteau, S., Pascual-Leone, A., & Théoret, H. (2007). Psychopathy and the mirror neuron system: Preliminary findings from a non-psychiatric sample. *Psychiatry Research*, 160, 187-144.
- Frith, C. (1992). *The cognitive psychology of schizophrenia*. London: Erlbaum.
- Frith, C., & Corcoran, R. (1996). Exploring "theory of mind" in people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 26, 521-530.
- Frith, U., & Frith C. (2003). Development and neurophysiology of metalizing. *The Royal Society*, 358, 459- 470.

- Happé, F., Brownell, H., & Winner, E. (1998). The Getting of Wisdom: Theory of Mind in Old Age. *Developmental Psychology*, 34(2), 358-362.
- Kelemen, O., Erdelyi, R., Pataki, I., Benedek, G. Janka, Z., & Kéri, S. (2005). Theory of mind and motion perception in schizophrenia. *Neuropsychology*, 19, 494 -500.
- Keysar, B., Lin, S., & Barr, D. (2003). Limits on Theory of mind use in adults. *Cognition*, 89, 25-41.
- Landy, F. J. (2005). Some historical and scientific issues related to research on emotional intelligence. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 411-424.
- Langdon, R., & Coltheart, M. (1999). Mentalising, schizotypy, and schizophrenia. *Cognition*, 71, 43-71.
- Lopes, R. C. (2009). *O desenvolvimento da teoria da mente em psicoterapeutas: um estudo empírico*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Marques-Teixeira, J. (2006). Teoria da mente - uma controvérsia. *Editorial*, VIII(3), 7-10
- Mayer, J. D. (2001). A field guide to emotional intelligence? In J. Ciarrochi, & J. Forgas (Eds.), *Handbook of affect and social cognition* (pp. 410-431). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey, & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and EI: Educational implications* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Mayer, J. D., Caruso, D., & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267-298.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2002). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test - MSCEIT*. New York: Multi-Health Systems Inc.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. (2000). Models of emotional intelligence. In R. J. Sternberg (Ed.), *The handbook of intelligence* (pp. 396-420). New York: Cambridge University Press.
- Mayer, J., Barsade, S., & Richard, R. (2008). Human Abilities: Emotional Intelligence. *Annual Review of Psychology*, 59, 507-536.
- Monteiro, N. (2009). Inteligência emocional: validação do MSCEIT numa amostra portuguesa. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Paal, T., & Berezkei, T. (2007). Adult theory of mind, cooperation, Machiavellianism: The effect of mindreading on social relations. *Personality and Individual Difference*, 43, 541-551.

- Pestana, M., & Gageiro, J. (2000). *Análise de dados para ciências sociais. A complementariedade do SPSS*. Lisboa: Edição Silabo.
- Premack, G., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences, 1*, 515-526.
- Richell, R. A., Mitchell, D., Newman, C., Leonard, A., Baron-Cohen, S., & Blair, R. (2003). Theory of mind and Psychopathy: Can psychopathic individuals read the "Language of the eyes"? *Neuropsychologia, 41*, 523-526.
- Salovey, P. (2001). Applied emotional intelligence: Regulating emotions to become healthy, wealthy, and wise. In J. Ciarrochi, J. Forgas, & J. D. Mayer (Eds.), *Emotional intelligence in everyday life: A scientific inquiry* (pp. 168-184). Philadelphia, PA: PsychologyPress.
- Silva, D. (2003). Inventário de Estado-Traço de Ansiedade. In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida, & C. Machado (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. I; pp. 45-63). Coimbra: Quarteto.
- Slessor, G., Phillips, L. & Bull, R. (2007). Exploring the Specificity of Age-Related Differences in Theory of Mind Tasks. *Psychology and Aging, 22*(3), 639-643.
- Sousa, M. (2010). *Teoria da Mente, Inteligência Emocional e Psicopatologia*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Coimbra, Coimbra.
- Spielberg, C. D., Gorsuch, R. C., & Lushene R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.
- Stroncach, S., & Turkstra, L. (2008). Theory of Mind and use of cognitive state terms by adolescents with traumatic brain injury. *Aphasiology, 22*(10), 1054-1070.
- Thirion-Marissiaux, A., & Nader-Grosbois, N. (2008). Theory of Mind "emotion", developmental characteristics and social understanding in children and adolescents with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 29*(5), 414-430.
- Tirapu-Ustárroz, J., Lago, M., & Unturbe, F. (2008). *Manual de Neuropsicología*. Barcelona: Viguera.
- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I – Ensaio de aplicação do "Inventário Depressivo de Beck" a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica, XX*, 623-644.
- Wang, Y., Wang, Y., Chen, S., Zhu, C., & Wang, K. (2008). Theory of mind disability in major depression with or without psychotic symptoms: A componential view. *Psychiatry Research, 161*, 151-161.
- Wellman, H. M., & Lagattuta, K. (2004). Scaling of theory of mind tasks. *Cognitive*

*Development*, 19, 479-497.

Zarean, M., Asadollahpour, A., Bahadori, Z., Aayatmehr, F., Bakhshipour, A., & Dadkhah, A. (2008). Emotional Intelligence (EI) and Psycho-pathology in Iranian University Students. *Middle East Journal of Family Medicine*, 6(3), 12-17.



**Como citar este artigo:**

Sousa, M. (2012). Teoria da Mente, Inteligência Emocional e Psicopatologia. *Revista E-Psi*, 2 (1), 55-76.