

*A Influência da Personalidade e da Sintomatologia
na Theory of Mind*

Ilda da Piedade Gonçalves

Dissertação de Mestrado para a obtenção do grau de Mestre
em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho elaborado sob a Orientação da Prof.^a Doutora Ana Teresa Martins

2015



*A Influência da Personalidade e da Sintomatologia
na Theory of Mind*

Ilda da Piedade Gonçalves

Dissertação de Mestrado para a obtenção do grau de Mestre
em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho elaborado sob a Orientação da Prof.^a Doutora Ana Teresa Martins

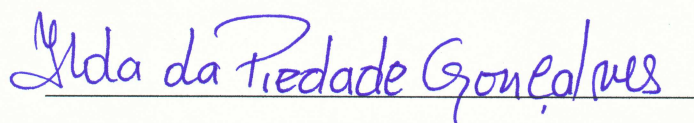
2015

A Influência da Personalidade e da Sintomatologia na Theory of Mind

Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Assinatura



(Ilda da Piedade Gonçalves)

Copyright

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja alvo de dado crédito ao autor e editor.

Agradecimentos

*Eu sei que tu sabes que eu sei que tu sabes,
E é neste vaivém de saberes silenciosos,
Que nos sentimos, compreendemos e vivemos,
Felizes!*

Um Enorme e Especial Obrigada à minha Orientadora, Prof^ª. Dra. *Ana Teresa Martins*, por sabiamente me ter iluminado neste percurso!

A todos os que de alguma forma permitiram que este momento fosse real,

Muito Obrigada!

Aos meus pais,^{∞,∞}, aos meus irmãos,[∞], *Francisca & Fátima*. Ao meu cunhado *Augusto*.

Ao meu marido *Miguel Ângelo* e aos meus filhos *Raquel & Daniel*;

Aos meus sobrinhos,[∞], *Liliana, Cátia, Francisco, Rita, Gonçalo, Beatriz & Carolina*.

Aos meus amigos que me acompanharam neste percurso e me ajudaram a ultrapassar todos os obstáculos, *Nádia Duarte, Ana Matos, Eduarda Nascimento & Celeste Cavaco*, Obrigada!

A todos os *Participantes*, pela disponibilidade e tempo dispensado, Obrigada!

Aos que já cá não estão, aos que estão longe e aos que estão em parte incerta, nunca os esquecerei! Obrigada!

Resumo

A Teoria da Mente (*Theory-of-Mind; ToM*) tem sido nas últimas décadas alvo de interesse por parte de alguns investigadores pela sua importância no estabelecimento de relações em contexto social. Para avaliar esta capacidade têm sido desenvolvidas diversas tarefas que avaliam o processo social-percetivo e o processo social-cognitivo. Estas tarefas têm sido aplicadas a diferentes grupos clínicos e não clínicos com frágeis adaptações às exigências do meio social. Contudo, nem todos os resultados se têm revelado consensuais, ou seja, dentro de um determinado grupo clínico nem todos os sujeitos parecem apresentar dificuldades na *ToM*, o que nos leva a pensar que existem variáveis interindividuais que possam influenciar a *ToM*. Duas das variáveis candidatas são a personalidade enquanto estrutura e a sintomatologia. Neste contexto, tivemos como primeiro objetivo comparar o desempenho de 90 participantes com diferentes estruturas de personalidade, Dependente (N=10) vs. Histriónica (N=20) vs. Narcísica (N=20) vs. Compulsiva (N=17) em duas tarefas de avaliação da *ToM* (em ambas as dimensões, cognitiva e afetiva), o *Faux Pas Recognition Test* e o *Theory of Mind Picture Stories Task* a par da avaliação da capacidade empática e compara-los com um grupo de 23 participantes controlo. No momento seguinte, subdividimos a amostra geral em dois subgrupos de acordo com a sintomatologia apresentada (18 participantes com hipomania vs. 21 participantes com ansiedade) e fomos comparar o seu desempenho nas mesmas tarefas *ToM* com um grupo de 20 participantes controlo.

Os principais resultados indicam que os participantes com personalidade narcísica parecem apresentar um pior desempenho, quando comparados com os restantes grupos, nas tarefas *ToM* e na capacidade empática cognitiva e afetiva. Os participantes com estrutura de personalidade dependente apresentaram o melhor desempenho nas tarefas *ToM* e uma capacidade empática afetiva superior à cognitiva, contrariamente à personalidade compulsiva. Na segunda análise, por sintomatologia, não foram verificadas diferenças significativas entre os grupos. Os resultados são discutidos à luz das teorias da cognição social mais atuais.

Palavras-Chave: Teoria da Mente; Personalidade e Sintomatologia.

Abstract

The Theory of Mind (Theory-of-Mind; ToM) has been a target of interest by some researchers in the past decades due its importance in establishing relationships in a social context. Various tasks have been developed to evaluate this capacity by evaluating the social-perceptive and the cognitive-social processes.

These tasks have been applied to clinical and non-clinical groups with weak adaptation to the demands of the social environment. However, not all results are consensual, meaning that not all the subjects within a clinical group seem to have difficulties in ToM which lead us to believe that ToM may be influenced by inter-variables like personality structure and symptomatology.

For this reason we set as objective to compare the performance of 90 participants with different personality structures - dependent (N = 10) vs. Histrionic (N = 20) vs. Narcissistic (N = 20) vs. Compulsive disorder (N = 17) – in two assessment ToM tasks to measure the cognitive and affective dimensions, the Faux Pas Recognition Test and Theory of Mind Picture Stories Task along with evaluation of the empathic ability then later compare them with a group of 23 control participants.

In the next step, we divide the sample into two subgroups according to the symptoms (18 participants with hypomania vs. 21 participants with anxiety) and compare their performance in the same ToM using a control group with 20 participants.

The main results indicate that participants with narcissistic personality have a worse performance when in ToM tasks as well as cognitive and affective empathic capacity when compared with the other groups. Participants with dependent personality structure showed the best performance in ToM tasks and affective empathic ability higher than the cognitive, opposed to compulsive personality. In the second analysis, by symptoms, were not observed any significant differences between groups. The results are discussed over the current social cognition theories.

Key Words: Theory of Mind; Personality and Symptomatology.

Índice

1. Introdução.....	1
2. Metodologia.....	8
2.1. Participantes	8
2.2. Caracterização Cognitiva e Sociodemográfica dos Participantes	9
2.3. Índice de Reatividade Interpessoal (IRI) dos Participantes	10
2.4. Tarefas <i>ToM</i>	10
2.5. Procedimento.....	12
3. Resultados.....	13
3.1. Análise 1: Personalidade.....	13
3.1.1. Participantes	13
3.1.2. Resultados da Caracterização Cognitiva dos Participantes.....	13
3.1.3. Resultados do Desempenho nas Tarefas <i>ToM</i> por Grupo	14
3.1.4. Comparação de Médias da Empatia (cognitiva e afetiva) por Grupo	15
3.2. Análise 2: Sintomatologia.....	17
3.2.1. Participantes	17
3.2.2. Resultados das Provas de Caracterização Cognitiva dos Participantes.....	17
3.2.3. Resultados do Desempenho nas Tarefas <i>ToM</i> por Grupo	18
3.2.4. Comparação de Médias da Empatia (cognitiva e afetiva) por Grupo	19
3.3. Associação entre Variáveis <i>ToM</i> (<i>Faux Pas Test</i> e <i>Tom Stories Task</i>); Empatia (cognitiva e afetiva)	20
4. Interpretações e Propostas de Trabalho Futuro	20
Referências Bibliográficas.....	26
Anexos.....	34

Índice de Figuras

Figura 1. Desempenho (%) nas tarefas <i>Tom Stories Task</i> e <i>Faux Pas Test</i> por Grupo de Personalidade.....	15
Figura 2. Empatia cognitiva (IRIc) e afetiva (IRIa) por Grupo de Personalidade.....	16
Figura 3. Desempenho (%) nas tarefas <i>Tom Stories Task</i> e <i>Faux Pas Test</i> por Grupo de Sintomatologia.....	18
Figura 4. Empatia cognitiva (IRIc) e afetiva (IRIa) por Grupo de Sintomatologia.....	19

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Cognitiva e Comparação de Médias por Grupo de Personalidade (<i>ANOVA Univariada</i>).....	14
Tabela 2. Caracterização Cognitiva e Comparação de Médias por Grupo de Sintomatologia (<i>ANOVA Univariada</i>).....	18
Tabela 3. Divisão das Escalas do MCFI_III	Anexo E-2

Índice de Anexos

Anexo A. Consentimento Informado

Anexo B. Questionário Sociodemográfico e de Informação Clínica

Anexo C. Descrição dos Instrumentos de Caracterização Cognitiva e Sociodemográfica dos Participantes

Anexo D. Descrição do Instrumento de medida da Empatia (IRI)

Anexo E. Descrição do Instrumento de Inclusão dos Participantes (MCMI-III)

Anexo F. Descrição das Tarefas *ToM* (*Faux Pas Recognition Test e Theory of Mind Picture Stories Task*)

Lista de Abreviaturas

ToM – Teoria da Mente (*Theory of Mind*)

MCMII-III – Inventário Clínico Multiaxial de Millon III

MPR – Matrizes Progressivas de Raven

CTT – *Color Trail Test* – Parte B

IRI – Índice de Reatividade Interpessoal

IRIc – Índice de Reatividade Interpessoal (empatia cognitiva)

IRIa – Índice de Reatividade Interpessoal (empatia afetiva)

Faux Pas Test – Tarefa ToM (*Faux Pas Recognition Test*)

Tom Stories Task– Tarefa ToM (*Theory of Mind Picture Stories Task*)

1. Introdução

As pessoas dispõem de um conjunto de operações cognitivas que lhes permite uma adequação às exigências do meio social, ou seja, possuem uma cognição social (Garrido, Azevedo & Palma, 2011). A cognição social é descrita como o conjunto de processos cognitivos que permitem a compreensão e a adaptação aos contextos sociais (Blakemore, Winston & Frith, 2004). Nela se incluem o reconhecimento e a expressão de emoções, o julgamento moral, a percepção de faces e a capacidade para realizar inferências acerca do estado mental do outro e de prever ações. A esta última capacidade os primatólogos Premack e Woodruff (1970) denominaram de *Theory of Mind – ToM*. A *ToM*, para além de remeter para a capacidade para atribuir um estado mental ao parceiro social, permite também ao ser humano prever as intenções e orientar o seu comportamento em conformidade (Brüne & Brüne-Cohrs, 2006).

Para avaliar a *ToM*, vários autores têm desenvolvido diferentes tarefas experimentais que são, geralmente, compostas por estímulos visuais, verbais ou ambos e que possuem como principal objetivo avaliar a forma como os sujeitos raciocinam sobre o estado mental dos outros (Bird, Castelli, Malik, Frith, & Husain, 2004; White, Hill, Happé, & Frith, 2009).

Raciocinar sobre o estado mental, segundo alguns autores, implica dois processos principais. O **processo social-percetivo** e o **processo social-cognitivo** (Sabbagh, 2004; Tager-Flusberg, 2001). O processo social-percetivo permite descodificar o estado mental através de sinais não-verbais com base nos dados observáveis e disponíveis, implicando um processamento e julgamento rápido. A avaliação deste processo realiza-se com recurso a tarefas visuais, através da face, ou auditivas (Tager-Flusberg & Sullivan, 2000). O processo social-cognitivo refere-se à capacidade de raciocinar acerca dos estados mentais, com a finalidade de explicar ou prever as ações dos outros (Tager-Flusberg & Sullivan, 2000). Está relacionado com o conhecimento social e emocional, implicando a dimensão cognitiva dos estados mentais (Ferguson & Austin, 2010). De modo geral, a avaliação do processo social-cognitivo é realizada com recurso a tarefas denominadas de “falsa crença”, que implicam a capacidade de explicar ou prever o comportamento do protagonista de uma história, que

tem uma crença equivocada sobre a localização de um objeto ou identidade (Tager-Flusberg & Sullivan, 2000).

Para a avaliação destes dois processos, muitos têm sido os investigadores dedicados ao estudo de validação de estímulos e de construção de paradigmas para despiste da capacidade que os humanos têm para ler emoções e decodificar signos sociais. Neste contexto, para a avaliação do processo **social-percetivo**, pode ser utilizado o *Eyes Test* (ET) (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste, & Plumb, 2001), cujo objetivo principal é o reconhecimento de emoções através da expressão do olhar (Cusi, MacQueen & McKinnon, 2012), o teste *Faces* (Baron-Cohen, Wheelwright, & Jolliffe, 1997) que testa o reconhecimento de estados mentais a partir de expressões faciais e, ainda, o teste *Reading the Mind in the Voice Test* (RMVT) (Golan, Baron-Cohen, Hill, & Rutherford, 2006) que avalia o estado emocional dos falantes através de 25 verbalizações curtas.

O processo **social-cognitivo** é frequentemente avaliado com recurso a tarefas de “Falsa Crença”. Como já tínhamos anteriormente referido, estas tarefas pretendem avaliar a capacidade para compreender que os outros possam ter uma falsa crença sobre o mundo que é diferente da nossa, ou seja, implica a capacidade de pensar sobre os estados mentais, de se descentrar da própria perspetiva e responder de acordo com o que o outro acredita ser a realidade. O objetivo destas tarefas é realizar julgamentos sobre o estado mental do outro através de atores, imagens ou filmes.

A primeira tarefa de avaliação da “Falsa Crença de Primeira Ordem” foi a *Sally – Anne Task* (SAT) (Wimmer & Perner, 1983). A *Sally* é uma personagem que se encontra numa sala e observa um objeto a ser colocado numa caixa. De seguida sai da sala. Na sua ausência, outro personagem, *Anne*, coloca o objeto noutra caixa. Quando *Sally* volta à sala tem uma falsa crença sobre a localização do objeto. Dito de outra forma, “Onde é que a *Sally* vai procurar o objeto?”, é necessário que o sujeito compreenda que *Sally* não tem conhecimento da mudança do local do objeto e, por essa razão, irá procurar o objeto onde ela acredita que se encontra. A tarefa é realizada com sucesso quando o sujeito identifica o local onde acha que *Sally* irá procurar o objeto, de acordo com a crença dela.

Existem também tarefas denominadas de “Falsa Crença de Segunda Ordem” que consistem na capacidade de compreender que uma pessoa pode ter uma falsa crença sobre a crença de outra pessoa. Pode ser avaliada através do *John e Mary Test* (JMT)

(Perner & Wimmer, 1985). O teste consiste numa história com dois personagens, *John* e *Mary*, em que ambos são informados separadamente sobre um novo local onde estará um vendedor de gelados. Os dois personagens sabem sobre a mudança de lugar, mas o *John* não sabe que *Mary* também foi informada. Por essa razão, *John* pensa que *Mary* ainda acredita que o vendedor de gelados está no lugar antigo, isto é, tem uma falsa crença de segunda ordem sobre a crença da *Mary*.

Outras formas para avaliar estados mentais superiores (crenças, gafes, metáforas, discursos não-literais) são o recurso a tarefas como, por exemplo, o *Faux Pas Recognition Test* (Stone, Baron-Cohen & Knight, 1998) ou o *Theory of Mind Picture Stories Task* (Brüne, 2003).

O *Faux Pas Recognition Test* serve para a avaliação e discriminação de gafes no contexto social. Uma gafe é um lapso social em que alguém diz algo que não deveria ter dito. O teste é composto por 20 histórias escritas, dez histórias com gafe e dez histórias de controlo. O avaliado deve identificar a existência de gafe e o personagem que comete a gafe, assim como justificar as intenções desse personagem. Esta tarefa é realizada através do processo social-cognitivo e avalia a dimensão cognitiva e afetiva da *ToM*, uma vez que implica a compreensão do motivo pelo qual um personagem não devia ter dito o que disse, a gafe (Abu-Akel & Shamay-Tsoory, 2011; Martins, Barreto & Castiajo, 2014; Poletti, Enrici & Adenzato, 2012).

O *Theory of Mind Picture Stories Task* (Brüne, 2003) foi desenvolvido para avaliar a cooperação mútua, o engano e a cooperação entre dois personagens para enganar um terceiro personagem. É composto por seis histórias de desenhos animados, cujo objetivo é a ordenação lógica de cada história dividida em quatro cartões e, em seguida, a resposta correta às questões sobre cada uma das histórias. A primeira parte da tarefa utiliza o processo social-perceptivo, pois pretende uma interpretação e julgamento rápido através de pistas não-verbais. Na segunda parte é avaliado o processo social-cognitivo na dimensão cognitiva (falsa crença de primeira, segunda e terceira ordem) e afetiva (inferir o estado mental dos personagens – reciprocidade, engano, decepção e cooperação) (Brüne & Bodenstein, 2004; Schlaffke et al., 2015).

Todas estas tarefas *ToM* foram desenvolvidas para avaliar grupos clínicos (perturbações neurológicas, do desenvolvimento ou psiquiátricas) e não-clínicos (psicologia do desenvolvimento, por exemplo), assim como têm permitido observar a existência de dissemelhanças intraindividuais, entre as dimensões perceptiva/cognitiva e

afetiva/cognitiva da *ToM* (Ibanez, Huepe, Gempp, Gutiérrez, Rivera-Rei & Toledo, 2010; Martins et al., 2014). Estas dissemelhanças são encontradas nalguns sujeitos e têm sido alvo de debate no seio da comunidade científica. Parecem existir alguns sujeitos que possuem capacidade para perceber o que “o outro pensa” mas não sentir o que o “outro sente”, separando assim a capacidade afetiva da cognitiva da *ToM* (Shamay-Tsoory & Aharon-Peretz, 2007; Shamay-Tsoory, Harari, Aharon-Peretz & Levkovitz, 2010). Parece, então, que o sucesso destas duas capacidades contribui para aquilo a que denominamos de uma operante capacidade empática.

Neste contexto, a capacidade empática tem uma componente afetiva que corresponde à capacidade para experimentar as emoções do outro, “sentir o que o outro sente”, e uma componente cognitiva, a capacidade para adotar o ponto de vista do outro (Davis, 2006). A *ToM* e a Empatia são dois constructos comumente referidos na literatura como sinónimos. Contudo, são processos diferentes, supostamente com circuitos neuronais apenas parcialmente partilhados (Ibanez et al., 2010).

Os trabalhos realizados sobre a Cognição Social, a *ToM* e os estudos sobre Empatia vieram responder parcialmente a algumas questões colocadas por alguns autores da Psicologia cognitiva, cuja necessidade era compreender o inadequado comportamento social de alguns sujeitos. Os primeiros estudos sobre a *ToM* foram inicialmente conduzidos em crianças no espectro do autismo, verificando-se nestes uma capacidade muito diminuída em atribuir estados mentais aos outros (Baron-Cohen, Leslie & Frith, 1985). Posteriormente, Frith (1992) verificou um comprometimento semelhante em doentes com esquizofrenia (Brüne & Brüne-Cohrs, 2006).

A partir destes estudos, o interesse pela temática estende-se a outros grupos clínicos como, por exemplo, perturbações de humor; perturbação bipolar (Cusi et al., 2012; Signorelli, Geraci & Aguglia, 2011; Van Rheenen & Rossell, 2013); alguns tipos de lesões cerebrais (Ryan et al., 2014; Yeh, Lo, Tsai & Tsai, 2015); doenças degenerativas (Castelli et al., 2011; Poletti et al., 2012); perturbações do comportamento (*e.g.* PHDA) (Caillies, Bertot, Motte, Raynaud & Abely, 2014); e perturbações da personalidade (Ritter et al., 2011; Schlaffke et al., 2015). Todos estes estudos vieram sugerir que, na presença de alguns tipos de perturbação, se verifica uma alteração na *ToM*, uma vez que esta depende de um elevado grau de integração biológica, psicológica e sociológica (Brüne & Brüne-Cohrs, 2006).

Neste sentido, o estudo da *ToM* nestes grupos clínicos veio contribuir para a compreensão de que determinadas alterações cognitivas e comportamentais poderiam ser entendidas como um prejuízo nesta capacidade. A partir deste pressuposto os investigadores têm demonstrado um interesse crescente em estudar diferentes perturbações psicológicas e características de personalidade.

Recentemente, a *ToM* tem sido estudada em perturbações de humor, (*e.g.* perturbação bipolar) e nas perturbações da personalidade. Os estudos da *ToM* nas perturbações de humor mostram um comprometimento tanto na perceção da emoção como no funcionamento social (Purcell, Phillips & Gruber, 2013), reforçando a evidência da dissociação entre o processo social-percetivo e social-cognitivo da *ToM*. Alguns autores têm verificado um comprometimento no processo social-percetivo (Van Rheenen & Rossell, 2013; Bora et al., 2005). No entanto, outros estudos verificaram alterações no processo social-cognitivo (Assion, Wolf & Brüne 2011; Martino, Strejilevich, Fassi, Marengo & Igoa, 2012). Estas mesmas dissemelhanças têm sido também observadas em algumas perturbações de personalidade, tanto na avaliação dos processos da *ToM* como na capacidade empática. No estudo de Moncany e colaboradores (2010) foi verificada uma diminuição da empatia nos sujeitos com perturbação *borderline* em ambos os processos *ToM* (social-percetivo e cognitivo). Num outro estudo, os participantes *borderline* apresentaram uma capacidade empática afetiva superior à cognitiva (Harari, Shamay-Tsoory, Ravid & Levkovitz, 2009). O oposto foi verificado em Ritter e colaboradores (2011) com sujeitos narcísicos.

Para além do interesse no estudo de diferentes grupos clínicos com patologia da personalidade, alguns investigadores procuram também compreender, de que forma alguns traços da personalidade normal podem, ou não, predizer um adequado funcionamento da *ToM*. Por outro lado, o estudo da personalidade em populações normais, segundo Abramowitz e colaboradores (2014) é justificado na medida em que fenómenos subclínicos são considerados análogos de sintomas observados em pessoas diagnosticadas com perturbação. Sob uma perspetiva dimensional, os traços e sintomas situam-se num *continuum* desde a ausência de traços ou sintomatologia até à perturbação. O *DSM-V* fornece apoio ao modelo dimensional da personalidade que compreende as perturbações de personalidade em termos quantitativamente diferentes da personalidade normal. Em concordância, McCarthy-Jones, Knowles e Rowse (2012) e Terrien e colaboradores (2013) referem a utilidade de estudar amostras normais como

forma de explorar fenótipos cognitivos, ou seja, dimensões clínicas conhecidas como fatores de risco para a psicopatologia.

Neste contexto, a *ToM* tem sido estudada em diferentes estruturas de personalidade. Este tipo de estudos embasa no conhecimento de que alguns tipos de personalidade têm características socialmente aversivas como, por exemplo, a estrutura narcísica, esquizotípica e evitativa, caracterizadas pela ausência de relações interpessoais afetivas satisfatórias (Carvalho, 2011).

Outras estruturas de personalidade que têm sido estudadas neste âmbito são a psicopatia, o narcisismo e o maquiavelismo. Paulhus e Williams (2002) estudaram estas três características subclínicas da personalidade que denominaram de “tríade obscura da personalidade” (*Dark Triad*). Os autores referem que indivíduos com estes traços partilham uma tendência de ser insensíveis, egoístas e malévolos. Neste sentido, alguns autores observaram que sujeitos com estas características parecem apresentar menos capacidades empáticas e prejuízo na *ToM* do que sujeitos com outras estruturas de personalidade (Blair et al., 1996; Barlow, Qualter & Stylianou, 2010; Lee & Ashton, 2005).

Nesta linha de investigação, Barlow e colaboradores (2010) avaliaram a *ToM*, em 109 crianças do 1º ciclo com traços de maquiavelismo, através de histórias para identificar a falsa crença de primeira, segunda ordem e histórias de gafe. Os autores verificaram a presença de traços de maquiavelismo nas crianças com alterações significativas na *ToM*. Noutros estudos com crianças foi igualmente verificado um compromisso da *ToM* na presença de traços de psicopatia (Stellwagen & Kerig, 2013_a; 2013_b). Com o mesmo objetivo, Ali e Chamorro-Premuzic (2010) investigaram a empatia e a *ToM* em 112 estudantes universitários (92 do sexo feminino, 20 do sexo masculino) com psicopatia e maquiavelismo. Neste estudo foi avaliado o processo social-percetivo na identificação de estados mentais através da face, dos olhos e da voz, verificando-se um prejuízo na empatia e na *ToM* nestes sujeitos.

Um outro foco de interesse da investigação tem sido o comprometimento da *ToM* em grupos com sintomatologia psicológica significativa. Terrien e colaboradores (2013) estudaram a *ToM* na população geral, com recurso a tarefas que avaliavam a capacidade de atribuir estados mentais com base em pistas verbais e direção do olhar, em 316 participantes (250 mulheres e 66 homens) com traços subclínicos de hipomania. Os principais resultados sugeriram um acentuado comprometimento da *ToM* neste

grupo, quando comparado com um grupo de sujeitos saudáveis. Resultados semelhantes têm sido verificados em estudos com ansiedade social. Hezel e McNally (2014) compararam 40 sujeitos com ansiedade social com 40 sujeitos sem ansiedade em duas tarefas *ToM*, a leitura da mente nos olhos e um filme de avaliação da cognição social, verificando-se uma diminuição do desempenho na *ToM* nos sujeitos com ansiedade social.

Contudo, outros estudos não encontraram alterações significativas na *ToM* em sujeitos com características de narcisismo (Stellwagen & Kerig, 2013_a); de psicopatia (Richell et al., 2003); em líderes de *bullying* com elevado narcisismo (Stellwagen e Kerig, 2013_b); ou com características de maquiavelismo (Paal & Berezkei, 2007). Alguns estudos sugerem mesmo um desempenho superior nas capacidades da *ToM* em indivíduos maquiavélicos (Davies & Stone, 2003; Esperger & Berezkei, 2012; Sutton, 2001). Alguns autores referem que os indivíduos maquiavélicos utilizam a manipulação para alcançar os seus objetivos e, para que esta seja bem-sucedida, é necessário ter a capacidade para compreender o que os outros acreditam, sentem, pensam e ser capaz de prever as suas intenções. No entanto, segundo alguns autores, a exploração e manipulação dos outros só é possível porque estes indivíduos apresentam dificuldades emocionais, como incapacidade para sentir empatia, culpa e vergonha. (Al Aïn, Carré, Fantini-Hauwel, Baudouin & Besche-Richard, 2013).

A revisão de literatura apresentada demonstra existir uma falta de consenso sobre a influência das diferentes características de personalidade na *ToM* e de como essas características, em indivíduos saudáveis, determinam uma melhor ou pior capacidade para inferir os estados mentais e predizer ações. Parece-nos que muitos dos estudos não avaliam a dimensão cognitiva e afetiva da empatia e da teoria da mente e que muitos dos autores também não parecem testar os sujeitos nas suas componentes sociais-percetivas e sociais-cognitivas. Neste contexto, parece-nos importante perceber estas dissemelhanças uma vez que o seu esclarecimento poderá ser útil na compreensão da etiologia das perturbações de personalidade. Assim, o uso de paradigmas experimentais para avaliar a *ToM* nas componentes social-percetiva e social-cognitiva, a par da utilização de instrumentos que avaliam a empatia cognitiva e afetiva, podem contribuir para um maior aprofundamento das diferenças interindividuais.

Neste sentido, o nosso principal objetivo é avaliar de que forma sujeitos com diferentes estruturas de personalidade respondem a duas tarefas de avaliação de estados

mentais superiores *ToM* (em ambas as dimensões, cognitiva e afetiva), o *Faux Pas Recognition test* (Stone et al., 1998) e o *Theory of Mind Picture Stories Task* (Brüne, 2003) a par da avaliação da capacidade empática. Como segundo objetivo pretendemos comparar sujeitos com sintomatologia clínica com um grupo de sujeitos sem sintomatologia nas mesmas tarefas *ToM*.

De acordo com o nosso objetivo, esperamos encontrar diferenças na *ToM* entre diferentes grupos de personalidade e diferentes tipos de sintomatologia clínica. Esperamos também verificar uma dissemelhança entre a capacidade empática cognitiva e afetiva e uma associação com o desempenho das tarefas da teoria da mente. Prevê-se que o grupo narcísico obtenha um pior desempenho nas tarefas *ToM* e que apresente uma capacidade empática afetiva inferior, comparativamente aos outros grupos de personalidade e controlo. Na análise por sintomatologia, esperamos que os sujeitos com sintomatologia subclínica de hipomania apresentem maiores dificuldades em avaliar estados mentais dos outros em comparação com sujeitos ansiosos e de controlo. Esta hipótese parece-nos expetável na medida em que sujeitos com hipomania parecem apresentar um maior comprometimento ao nível da cognição e comportamento social e do processamento/regulação emocional do que sujeitos com ansiedade.

2. Metodologia

2.1. Participantes

Foram avaliados 90 participantes (51 mulheres e 39 homens) com uma média de idades de 21.36 (\pm 3.76) anos e uma média de escolaridade de 12.77 (\pm 1.55) anos. Os participantes foram recolhidos da população geral, estabelecendo-se como critérios de inclusão sujeitos com idades compreendidas entre os 18 anos e os 30 anos e com escolaridade superior a 12 anos. Constituíram fatores de exclusão a história prévia de traumatismo crânio encefálico (TCE) grave, doença psiquiátrica grave e uso de medicação psicotrópica que possa afetar as funções executivas do sujeito.

Após a recolha de informação sociodemográfica, cognitiva, de personalidade e sintomatologia, os participantes foram divididos em grupos de acordo com o que era

pretendido para cada análise (Personalidade vs. Sintomatologia). Para esta subdivisão foi utilizado o Inventário Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III) (Millon, 1997; versão inglesa) (Anexo E).

O MCMI-III é um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação dos distúrbios de personalidade e das principais síndromes clínicas. É um instrumento de auto-relato com 175 itens de verdadeiro/falso, composto por 11 escalas de Perturbação da Personalidade Moderadas (esquizoide, evitante, depressiva, dependente, histriônica, narcisista, antissocial, agressivo-sádico, compulsivo, passivo-agressivo, autodestrutivo), três escalas de Perturbação de Personalidade Severa (esquizotípica, limite, paranoide), sete escalas de Sintomas clínicos (ansiedade, histeriforme, hipomania, neurose depressiva, abuso de álcool, abuso de drogas, transtorno de stress pós-traumático) e três escalas de Sintomatologia Severa (pensamento psicótico, depressão maior, transtorno delirante), além dos Índices de Modificação (sinceridade, desejabilidade, alteração) e dos Indicadores de resposta (validade, consistência). As escalas são pontuadas de forma a possibilitar a categorização de pacientes de acordo com os critérios do *DSM-IV*. Valores acima de 60 numa escala específica representam uma estrutura de personalidade dominante, valores superiores a 75 representam sintomatologia clínica.

De acordo com estes pontos de corte, os participantes foram distribuídos por duas análises diferentes, a primeira análise destinou-se a comparar quatro estruturas de Personalidade com um grupo de Controlo. Os grupos foram: I Personalidade Dependente (N=10); II Personalidade Histriônica (N=20); III Personalidade Narcísica (N=20); IV Personalidade Compulsiva (N=17); V grupo de controlo (N=23). A segunda análise pretendia observar as diferenças entre um grupo sem sintomatologia (N=20) um grupo com sintomatologia ansiosa (N=18) e outro com hipomania (N=21).

2.2. Caracterização Cognitiva e Sociodemográfica dos Participantes

Após a obtenção do consentimento informado (Anexo A), os participantes responderam a um questionário com informação sociodemográfica (idade, sexo, nacionalidade, escolaridade e profissão) e informação clínica (história clínica de Acidente Vascular Cerebral - AVC), traumatismo craniano e doenças físicas e psíquicas

significativas (Anexo B). Posteriormente, para a caracterização cognitiva da amostra, os participantes realizaram um conjunto de provas. Para avaliar a inteligência geral foram utilizadas as Matrizes Progressivas de Raven (MPR) (Raven, Court, & Raven, 1998), o *Color Trail Test – Parte B* (CTT) foi utilizado para avaliar as funções executivas dos participantes (D'Elia & Satz, 1989; versão inglesa) (Anexo C).

2.3. Índice de Reatividade Interpessoal (IRI) dos Participantes

A empatia dos participantes foi avaliada através do Índice de Reatividade Interpessoal (IRI) na dimensão cognitiva e afetiva (Davis, 1983; versão portuguesa de Limpo, Alves & Castro, 2010). O instrumento é composto por 24 itens sobre sentimentos e pensamentos que uma pessoa poderá ter tido em diversas situações, divididos em quatro subescalas (Tomada de Perspetiva; Preocupação Empática; Desconforto Pessoal; Fantasia). As respostas são avaliadas numa escala de *Likert* de zero a quatro, em que zero corresponde a “não me descreve bem” e quatro “descreve-me muito bem”. A pontuação total de cada subescala é de 20 pontos. A empatia cognitiva é medida através da subescala Tomada de Perspetiva e a empatia afetiva é obtida através da soma e cálculo da média das restantes três subescalas (Anexo D).

2.4. Tarefas ToM

Finalizada a caracterização sociodemográfica, cognitiva e empática, os participantes responderam a duas tarefas de avaliação cognitiva que avaliam o processo social-percetivo e o processo social-cognitivo: *Theory of Mind Picture Stories Task* (Brüne, 2003) e ao *Faux Pas Recognition Test* (Stone et al., 1998). Os dois instrumentos pretendem avaliar a capacidade para fazer inferências acerca do estado mental do outro e de prever ações. Foram utilizados os instrumentos que foram traduzidos e adaptados para a língua portuguesa por Afonseca e Martins (2014). Os autores obtiveram para o *Faux Pas Test* um *alfa de Cronbach* de 0.82, mostrando propriedades psicométricas satisfatórias para o uso em pesquisa e clínica. De acordo com o estudo em Portugal

conduzido por Afonseca e Martins (2014) a tarefa *ToM Stories Task* apresentou uma fraca confiabilidade ($\alpha = 0.51$). Para uma melhor compreensão dos instrumentos passaremos a descreve-los de forma mais pormenorizada.

O *Theory of Mind Picture Stories Task* (Brüne, 2003) é uma tarefa constituída por seis histórias em imagem de desenhos animados, divididas em quatro cartões que são apresentados de forma aleatória ao participante, para que os ordene pela sequência lógica dos acontecimentos. Após a ordenação da história são colocadas questões que avaliam crenças falsas de primeira, segunda e terceira ordem e as ações presentes (cooperação mútua, engano, decepção, cooperação de dois personagens ao mesmo tempo para enganar um terceiro personagem). Na primeira história, por exemplo, um menino pretende apanhar uma maçã de uma árvore, perto encontra-se outro menino a ler um livro (primeira imagem). Perante a impossibilidade de alcançar as maçãs pede ajuda ao outro menino (segunda imagem). Os dois, um em cima do outro, conseguem alcançar a maçã da árvore (terceira imagem). Por fim, ambos partilham o fruto (quarta imagem). A ordenação correta da história é pontuada com seis pontos (dois na primeira e última imagem e um na segunda e quarta), à resposta correta a cada uma das questões sobre a história é atribuído um ponto. O teste tem a pontuação total de 59 pontos (Anexo F-2).

O *Faux Pas Recognition Test* (Stone et al., 1998) é composto por vinte histórias escritas, dez histórias em que um dos personagens diz algo que não deveria ter dito (presença de uma gafe) e dez histórias de controlo (ausência de gafe). As histórias são lidas pelo pesquisador em voz alta, em seguida é colocada a questão “Alguém disse algo que não deveria ter dito ou disse alguma coisa estranha?”. Nas histórias que contêm gafe a resposta correta será afirmativa, em seguida são colocadas questões que remetem para a falsa crença de primeira e de segunda ordem ou engano, por fim, são colocadas as questões de controlo que garantem a compreensão da história. Se a resposta for negativa (no caso das histórias sem gafe) são apenas colocadas as questões de controlo.

Numa história de gafe pretende-se que seja identificado que alguém disse algo que não deveria ter dito, por exemplo – “A Camila tinha acabado de se mudar para um novo apartamento. A Camila foi às compras e comprou umas cortinas novas para o quarto. Justamente quando ela tinha acabado de decorar o apartamento, a sua amiga Sara veio visitá-la. A Camila mostrou-lhe o apartamento e perguntou: Gostas do meu quarto? Essas cortinas são horríveis”- disse Sara. Espero que arranjes umas novas!” (Anexo F-3).

Nas histórias de controlo não existe gafe, ou seja, ninguém disse algo que não deveria ter dito, por exemplo – “O Luís foi ao barbeiro para cortar o cabelo. – Que tipo de corte deseja? Perguntou o barbeiro. – Eu gostaria do mesmo estilo que tenho agora mas com um centímetro a menos! Respondeu o Luís. O barbeiro cortou de forma um pouco irregular à frente, por isso teve de cortá-lo mais curto para o nivelar. – Eu receio que esteja um pouco mais curto do que você pediu. Disse o barbeiro. – Ora deixe lá! Disse o Luís. – O cabelo cresce!”.

A resposta correta à presença de gafe é pontuada com um ponto, assim como as restantes perguntas sobre a história e questões de controlo. A pontuação total das histórias de gafe é de 80 pontos. Nas histórias sem gafe a resposta correta (negativa) à primeira questão é pontuada com dois pontos, a resposta correta às questões de controlo são pontuadas com um ponto, totalizando 41 pontos (Anexo F-4).

2.5. Procedimento

Tendo em conta os critérios de inclusão definidos para este estudo (dos 18 aos 30 anos e 12 anos de escolaridade), os participantes foram abordados ao acaso e questionada a sua disponibilidade para participar neste estudo. A técnica de amostragem foi aleatória simples. Os participantes foram selecionados através da técnica não probabilística, não intencional por conveniência. Foi explicado aos participantes os objetivos do estudo e a confidencialidade dos dados. A sua colaboração voluntária e consciente foi obtida pelo preenchimento de um consentimento informado. Posteriormente responderam a um questionário com informação sociodemográfica, seguindo-se um conjunto de provas de caracterização cognitiva e empática, por fim, realizaram as tarefas experimentais para avaliar a *ToM*.

3. Resultados

3.1. Análise 1: Personalidade

3.1.1. Participantes

Foram avaliados 90 participantes (51 mulheres e 39 homens) com uma média de idades de 21.36 (\pm 3.76) anos e uma média de escolaridade de 12.92 (\pm 1.67) anos e divididos por quatro grupos de acordo com o traço de personalidade dominante. Foram incluídos dez participantes no grupo com personalidade Dependente (Idade: M=20.90, DP= 3.47; Escolaridade: M=12.30, DP=.94), 20 no grupo de personalidade Histriónica (Idade: M=20.75, DP=3.32; Escolaridade: M=12.75, DP=1.33), 20 no grupo de personalidade Narcísica (Idade: M=21.60, DP=4.18; Escolaridade: M=12.95, DP=1.76) e 17 no grupo com personalidade Compulsiva (Idade: M=21.65, DP=4.16; Escolaridade: M=13.82, DP=2.43). Estes quatro grupos foram comparados com um grupo de controlo (N=23) (Idade: M=21.65, DP=3.78; Escolaridade: M=12.65, DP=1.26). Relativamente à idade e escolaridade dos participantes, após análise de comparação de médias, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos.

O ponto de corte para a distribuição dos sujeitos nos grupos de personalidade foi o valor superior a 60 nas Escalas Básicas da Personalidade do Inventário Clínico Multiaxial de Millon III (Millon, 1997), uma vez que pontuações abaixo deste nível não são suficientemente significativas. Para a inclusão dos participantes no grupo de controlo foi considerado o valor inferior a 60, sugestivo de ausência de traços patológicos de personalidade.

3.1.2. Resultados da Caracterização Cognitiva dos Participantes

Os dados recolhidos do conjunto de provas acima descrito, foram tratados e analisados pelo programa informático *SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences)*.

A tabela 1 apresenta a comparação de médias e desvio padrão obtidos nas provas de caracterização cognitiva nos quatro grupos de personalidade e grupo de controlo, onde é possível verificar que não foram encontradas diferenças significativas. Estes resultados garantem-nos alguma homogeneidade destas características entre grupos, facilitando a nossa leitura dos resultados entre grupos nas tarefas *ToM*.

Tabela 1. Caracterização Cognitiva e Comparação de Médias por Grupo de Personalidade (*ANOVA Univariada*)

	Dependente N=10 M (DP)	Histrionica N=20 M (DP)	Narcísica N=20 M (DP)	Compulsiva N=17 M (DP)	Controlo N=23 M (DP)	<i>F</i>	<i>p</i>
MPR	79.00 (±13.08)	82.50 (±13.62)	79.50 (±20.38)	67.94 (±23.91)	76.96 (±17.94)	1.57	.190
CTT (erros)	.70 (±1.15)	.80 (±.83)	.95 (±1.31)	.76 (±1.09)	.52 (±1.03)	.436	.782
CTT (segundos)	35.41 (±8.20)	30.70 (±10.81)	34.45 (±8.29)	37.61 (±18.80)	43.02 (±16.67)	2.36	.060

Legenda: MPR: Matrizes Progressivas de Raven (0-9 Muito Inferior, I; 10-14: Inferior, II-; 15-24: Inferior, II; 25-49: Médio, III+; 75-84: Bom, IV+; 90-94: Muito Bom, V; 95-100: Muito Bom, V+); CTT: Color Trail Test – Parte B (tempo médio de execução: 36,51 s).

3.1.3. Resultados do Desempenho nas Tarefas *ToM* por Grupo

Para a comparação de médias entre grupos nas tarefas *ToM* (*Tom Stories Task* e *Faux Pas Test*) recorremos ao teste *ANOVA Univariada*. Como podemos observar na Figura 1 foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, no teste *Tom Stories Task* ($F=3.654$; $p=.009$) e no *Faux Pas Test* ($F=4.261$; $p=.003$).

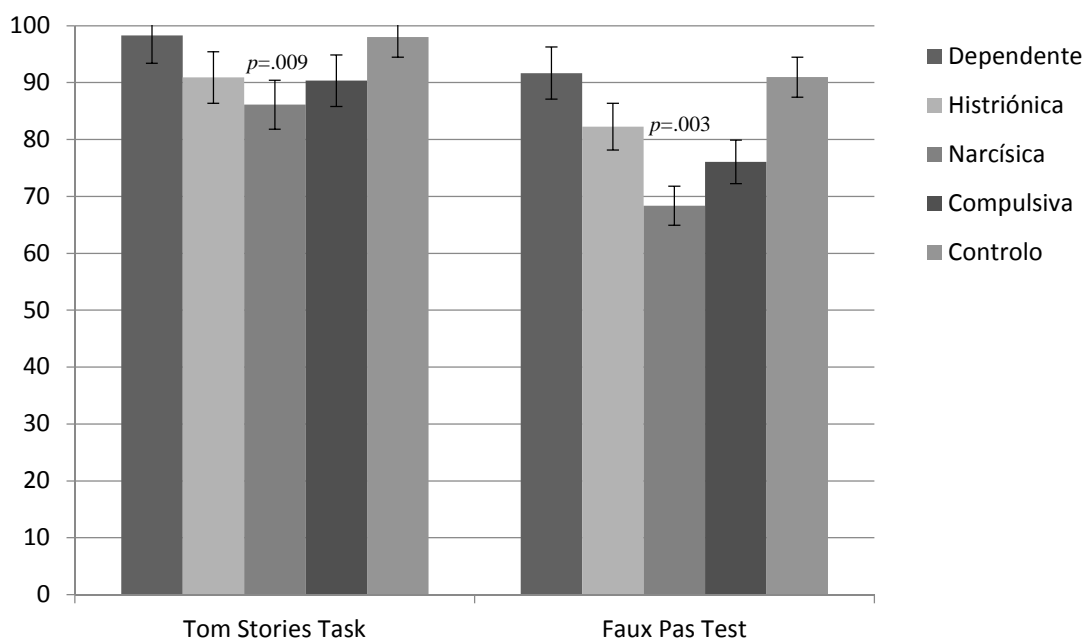


Figura 1. Desempenho (%) nas tarefas *Tom Stories Task* e *Faux Pas Test* por Grupo de Personalidade

Para verificar entre que grupos estas diferenças ocorriam foi realizado o procedimento *Post-hoc (Tukey)*. Na tarefa *Tom Stories Task*, o grupo de Personalidade Narcisica apresentou um pior desempenho que o grupo de Controlo (Narcisica: $M=86.13 \pm 20.36$; Controlo: $M=98.00 \pm 3.23$; $p=.011$). Na tarefa *Faux Pas Test* a Personalidade Narcisica apresentou pior desempenho que o grupo de Controlo (Narcisica: $M=68.37 \pm 27.28$; Controlo: $M=90.95 \pm 15.44$; $p=.004$) e que o grupo de Personalidade Dependente (Narcisica: $M=68.37 \pm 27.28$; Dependente: $M=91.66 \pm 15.96$; $p=.032$).

3.1.4. Comparação de Médias da Empatia (cognitiva e afetiva) por Grupo

Como se pode verificar na Figura 2 foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre grupos na medida de empatia cognitiva ($F=3.926$; $p=.006$) e afetiva ($F=3.181$; $p=.017$). O procedimento *Post-hoc (Tukey)* permitiu verificar entre que grupos essas diferenças ocorreram. Na capacidade empática

cognitiva verificaram-se diferenças significativas entre a Personalidade Compulsiva relativamente à Personalidade Dependente, ao grupo de Controlo e à Personalidade Narcísica. As diferenças verificadas entre os grupos foram: Compulsiva/Dependente (Compulsiva: $M=20.00 \pm 2.37$; Dependente: $M=15.80 \pm 4.49$; $p=.024$), Compulsiva/Controlo (Compulsiva: $M=20.00 \pm 2.37$; Controlo: $M=16.60 \pm 4.31$; $p=.024$) e Compulsiva/Narcísica (Compulsiva: $M=20.00 \pm 2.37$; Narcísica: $M=16.50 \pm 3.47$; $p=.025$). Na capacidade empática afetiva verificaram-se diferenças significativas entre a Personalidade Dependente e a Personalidade Narcísica (Dependente: $M=16.13 \pm 2.35$; Narcísica: $M=12.19 \pm 2.89$; $p=.013$).

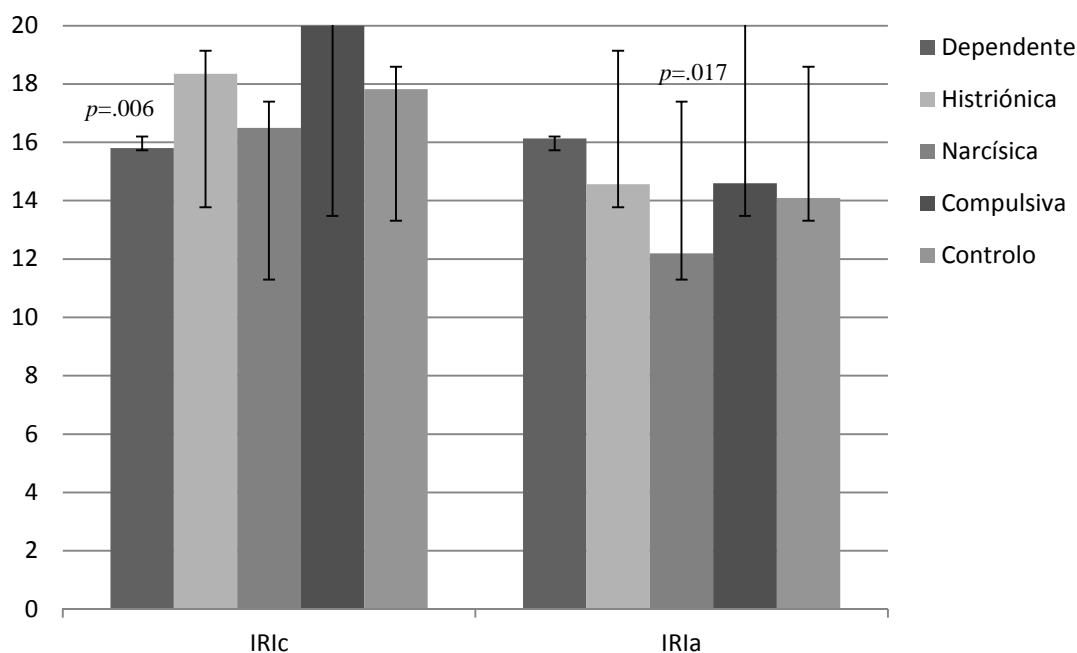


Figura 2. Empatia cognitiva (IRIc) e afetiva (IRIa) por Grupo de Personalidade

O nosso principal objetivo foi avaliar a *ToM* e a capacidade empática (cognitiva e afetiva) em diferentes estruturas de personalidade. No entanto, com base na investigação já realizada e revisada na introdução sobre o comprometimento da *ToM* e da empatia em grupos com sintomatologia, achámos importante realizar uma segunda análise com dois grupos de sintomatologia retirados da amostra geral (90 participantes). Nesta segunda análise, pretendemos avaliar dois grupos de participantes com

sintomatologia clinicamente significativa (ansiedade vs. hipomania) e um grupo de controlo nas mesmas tarefas *ToM* e, quanto ao seu índice de empatia.

3.2. Análise 2: Sintomatologia

3.2.1. Participantes

Foram avaliados 59 participantes da amostra geral (32 mulheres e 27 homens), divididos em dois grupos de acordo com a sintomatologia apresentada (ansiedade vs. hipomania) e comparados com um grupo de participantes sem sintomatologia clinicamente relevante. No grupo com sintomatologia ansiosa foram incluídos 18 participantes (Idade: M=20.72, DP=3.73; Escolaridade: M=12.50, DP=1.15) e 21 no grupo com sintomatologia de hipomania (Idade: M=20.95, DP=3.84; Escolaridade: M=13.29, DP=1.95). Estes grupos foram comparados com um grupo de controlo (N=20) (Idade: M=21.85, DP=3.73; Escolaridade: M=13.30, DP=1.68).

Para a inclusão dos participantes nos grupos com sintomatologia, foram considerados valores superiores a 75 nas Escalas de Sintomas Clínicos de Gravidade Moderada do MCMI-III (Millon, 1997), já para o grupo de controlo foram considerados os valores inferiores a 60, uma vez que as pontuações abaixo deste nível não revelam a presença de sintomatologia significativa.

3.2.2. Resultados das Provas de Caracterização Cognitiva dos Participantes

A Tabela 2 apresenta as médias e o desvio padrão obtidos pelos três grupos (Ansiedade vs. Hipomania vs. Controlo) nas provas cognitivas aplicadas. Os resultados obtidos no teste *ANOVA Univariada* permitem verificar que não existem diferenças significativas para as provas cognitivas, assegurando homogeneidade entre os grupos.

Tabela 2. Caracterização Cognitiva e Comparação de Médias por Grupo de Sintomatologia (*ANOVA Univariada*)

	Ansiedade N=18 Média (DP)	Hipomania N=21 Média (DP)	Controlo N=20 Média (DP)	<i>F</i>	<i>p</i>
MPR	80.56(±18.30)	77.62(±19.21)	79.25(±18.58)	.121	.887
CTT (erros)	.78(±1.43)	.71(±.783)	.85(±.933)	.83	.921
CTT (segundos)	37.91(±19.33)	30.36(±7.42)	37.38(±17.40)	1.519	.228

Legenda: MPR: Matrizes Progressivas de Raven (0-9 Muito Inferior, I; 10-14: Inferior, II-; 15-24: Inferior, II; 25-49: Médio, III+; 75-84: Bom, IV+; 90-94: Muito Bom, V; 95-100: Muito Bom, V+); CTT: Color Trail Test – Parte B (tempo médio de execução: 36,51 s).

3.2.3. Resultados do Desempenho nas Tarefas *ToM* por Grupo

A Figura 3 apresenta o desempenho (%) entre grupos nas tarefas *ToM* (*Tom Stories Task* e *Faux Pas Test*). Os resultados foram obtidos com recurso ao teste *ANOVA Univariada* e permite-nos verificar que não existem diferenças significativas entre grupos, nem no *Tom Stories Task* ($F=1.046$; $p=.358$) nem no *Faux Pas Test* ($F=2.852$; $p=.581$).

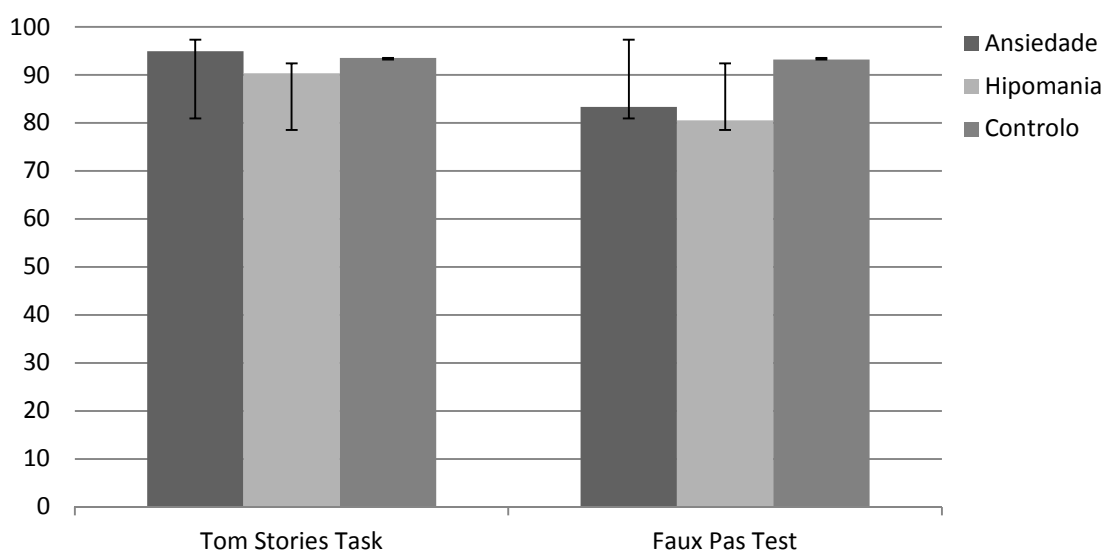


Figura 3. Desempenho (%) nas tarefas *Tom Stories Task* e *Faux Pas Test* por Grupo de Sintomatologia

3.2.4. Comparação de Médias da Empatia (cognitiva e afetiva) por Grupo

Na Figura 4 estão representadas as médias dos grupos na capacidade empática cognitiva e afetiva. Na análise *ANOVA Univariada*, não foram verificadas diferenças significativas entre os grupos, nem na empatia cognitiva ($F=2.819$; $p=.068$), nem na afetiva ($F=.548$; $p=.581$).

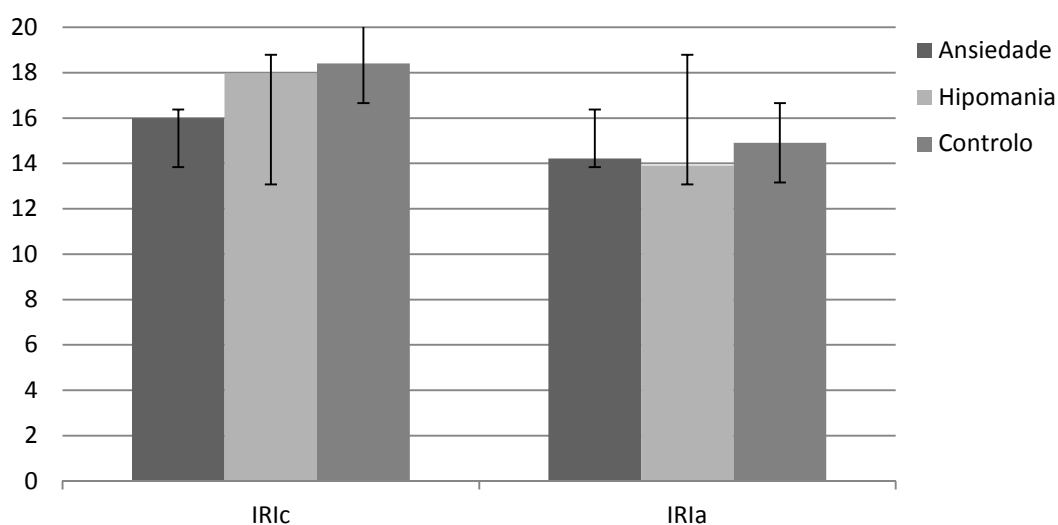


Figura 4. Empatia cognitiva (IRIc) e afetiva (IRIa) por Grupo de Sintomatologia

Para um melhor esclarecimento sobre as relações entre a *ToM* e a capacidade empática (cognitiva e afetiva) dos participantes, achámos pertinente realizar o teste de correlação de *Pearson* que nos permitisse verificar possíveis interdependências entre estas capacidades.

3.3. Associação entre Variáveis *ToM* (*Faux Pas Test* e *Tom Stories Task*); Empatia (cognitiva e afetiva)

A análise de correlações de *Pearson* permitiu verificar uma associação positiva moderada entre as medidas de empatia cognitiva e afetiva ($r=.211$; $p=.046$). Este resultado significa quanto maior for a empatia cognitiva de um sujeito, maior a empatia afetiva e vice-versa. Verificou-se também uma associação positiva entre as tarefas *Faux Pas Test* e a *Tom Stories Task* ($r=.504$; $p\leq.001$) que indica que o melhor desempenho numa das tarefas corresponde ao melhor desempenho na outra (associação entre capacidade social-percetiva e social-cognitiva).

Relativamente à tarefa *Tom Stories Task*, verificou-se que esta se associou negativamente à medida de empatia cognitiva ($r=-.217$; $p=.040$) que significa que quanto mais elevada a capacidade empática cognitiva mais baixo é o desempenho na tarefa. Por outro lado, verificou-se uma associação positiva entre o *Tom Stories Task* e a empatia afetiva ($r=.299$; $p=.004$).

De modo a se perceber se existem diferenças entre sexos na capacidade empática e tarefas *ToM* (IRI cognitivo, IRI afetiva, *Tom Stories* e *Faux Pas Test*), marginalmente aos objetivos principais do estudo foi realizado o Teste *t* de *Student* para amostras independentes. Através da análise estatística obtida verificou-se que a empatia cognitiva regista diferenças significativas quanto ao sexo ($t(88) = 2.78$; $p = .007$), o sexo feminino apresenta valores superiores ($M = 18.43$; $DP = 3.23$) comparativamente ao masculino ($M = 16.33$; $DP = 3.93$). Nas restantes variáveis não foram verificadas diferenças significativas entre sexos.

4. Interpretações e Propostas de Trabalho Futuro

Alguns investigadores têm-se dedicado ao estudo da capacidade de atribuir estados mentais – crenças, intenções, desejos – a si próprio e aos outros e de compreender que os outros possuem crenças, desejos e intenções diferentes das suas (e.g. Blair et al., 1996; Kerig & Sink, 2010; Lee & Ashton, 2005; Paal & Bereczkei, 2007; Stellwagen & Kerig, 2013_a; 2013_b). Neste contexto, parecem existir alguns dados empíricos que especulam a existência de dissemelhanças na *ToM* de acordo com os diferentes traços de personalidade. Contudo, a compreensão destas dissemelhanças entre

as diferentes características de personalidade, sobretudo em grupos com características subclínicas da personalidade, ainda é incipiente e carece de maior aprofundamento.

Neste sentido, o presente estudo procurou perceber de que forma as diferentes características de personalidade influenciam a *ToM* e de que forma esta se poderá relacionar, com aquilo a que denominamos de capacidade empática. Foi também nossa intenção perceber a influência de alguma sintomatologia clínica nas mesmas medidas *ToM* e empatia. A primeira análise foi constituída por quatro subgrupos com diferentes estruturas de personalidade (Narcísica, Dependente, Histriônica, Compulsiva) e um grupo de Controlo. A segunda análise comparou dois subgrupos com sintomatologia (Ansiedade, Hipomania) com um grupo sem sintomatologia.

Num primeiro momento, fomos caracterizar demográfica e cognitivamente os sujeitos e podemos observar a inexistência de diferenças significativas entre grupos o que nos garante alguma homogeneidade entre os mesmos e nos dá também maior segurança na interpretação dos resultados obtidos nas duas análises a seguir descritas.

Como resultados principais destas duas análises, podemos referir que na primeira análise foi verificada a dissemelhança entre os diferentes grupos de personalidade no desempenho das tarefas *ToM*. O grupo de Personalidade Narcísica apresentou um pior desempenho nas tarefas ao contrário do grupo de Personalidade Dependente que apresentou um desempenho superior aos restantes grupos. Relativamente à medida de empatia cognitiva dos grupos de Personalidade, a melhor capacidade foi verificada na Personalidade Compulsiva e a pior na Personalidade Narcísica. Na medida de empatia afetiva, a Personalidade Dependente foi superior aos restantes grupos, já a Personalidade Narcísica apresentou o valor mais baixo. Na segunda análise com grupos de sintomatologia não foram encontradas diferenças significativas, nem no desempenho das tarefas *ToM* nem nas medidas de empatia.

De acordo com estes resultados a Personalidade Narcísica apresenta-se como a mais comprometida, tanto nas tarefas da *ToM* como na capacidade empática, apresentando um pior desempenho em ambas as tarefas *ToM*, principalmente na tarefa de *Faux Pas Test*, que pressupõe a capacidade para compreender o discurso não-literal. A compreensão do discurso não-literal na população normal, segundo Champagne (2001), implica um processamento mais difícil, o tempo de leitura, decisão e erros cometidos são superiores aos cometidos na compreensão do discurso literal. Deste modo, tendo em conta as características dos sujeitos narcísicos (autocentração,

engrandecimento e desvalorização do outro) é possível que a dificuldade em compreender o discurso não-literal se intensifique nestes sujeitos.

Relativamente à capacidade empática, os sujeitos narcísicos mostraram mais prejuízo em ambas as medidas, afetiva e cognitiva. O compromisso da empatia afetiva nos sujeitos narcísicos tem sido referido por outros estudos (Hengartner et al., 2014; Ritter et al., 2011; Vonk, Zeigler-Hill, Mayhew & Mercer, 2013). De acordo com a tríade obscura da personalidade (*Dark Triad*), o narcisismo, o maquiavelismo e a psicopatia (Paulhus & Williams, 2002) têm em comum as dificuldades empáticas (Wai & Tiliopoulos, 2012). Neste sentido, Ritter e colaboradores (2011) referem que esta estrutura de personalidade é menos capaz de espelhar emoções, respondendo menos a questões emocionais de outras pessoas (Ritter et al., 2011). No entanto, tem sido verificada uma falta de consenso relativamente às duas dimensões da empatia (afetiva/cognitiva), principalmente na capacidade empática cognitiva nestes sujeitos (*e.g.* Wai & Tiliopoulos, 2012). Segundo Vonk e colaboradores (2013) as diferenças encontradas nos estudos com sujeitos narcísicos devem-se à natureza complexa e multifacetada desta dimensão da personalidade. De acordo com os autores, o narcisismo pode ser diferenciado em narcisismo grandioso, com uma auto-imagem excessivamente positiva, e narcisismo vulnerável que apresenta uma desregulação no domínio pessoal, emocional e interpessoal (autoimagem negativa, raiva, vergonha, disforia e sensibilidade interpessoal). Por exemplo, no narcisismo grandioso os sujeitos têm uma capacidade empática cognitiva que lhes permite explorar os outros para alcançar os seus objetivos, já no narcisismo vulnerável os sujeitos apresentam maior capacidade empática afetiva relacionada com o desejo de aceitação.

Por outro lado, o grupo com Personalidade Dependente apresentou o melhor desempenho em ambas as tarefas *ToM*, verificando-se a capacidade empática cognitiva inferior à afetiva. A dissociação entre as duas dimensões da empatia sustenta a hipótese de que são fenómenos distintos e que, embora partilhem características comuns, dependem de diferentes circuitos neurocognitivos (Singer, 2006). Estes resultados justificam-se pelas características inerentes à Personalidade Dependente descritas na literatura, que se caracteriza por uma necessidade invasiva e excessiva em ser cuidado que leva a um comportamento submisso por receio do abandono (Millon, 1997). O medo do abandono faz com que o sujeito esteja constantemente a ler os signos emocionais do outro, de modo a antecipar a potencial separação e, comportando-se de

modo a evitá-la, inibindo a expressão de sentimentos negativos (Bornstein, 1998; DSM-V, 2013). Para a manutenção do cuidado, os sujeitos são leais e amáveis dispondo de uma capacidade empática funcional, uma vez que dela depende a sua sobrevivência emocional. Já para a Personalidade Compulsiva a atenção ao pormenor, o perfeccionismo, prudência e rigidez implica um controlo criterioso na análise dos eventos (Millon, 1997) que pode explicar a sua superioridade na capacidade empática cognitiva.

Quanto à segunda análise apontamos como principais resultados a ausência de diferenças significativas entre os grupos tanto nas tarefas *ToM* como na capacidade empática. Estes resultados são contrários aos verificados noutros estudos com sujeitos com sintomatologia hipomaníaca (Terrien et al., 2013), com ansiedade (Zeppegno et al., 2009) e com ansiedade social (Hezel & McNally, 2014; Tibi-Elhanany & Shamay-Tsoory, 2011). Pensamos que este resultado se pode justificar pelo facto dos grupos apresentarem uma sintomatologia moderada. Os participantes encontravam-se entre os valores 75 e 80 nas Escalas de Sintomas Clínicos de Gravidade Moderada do MCMI-III (Millon, 1997) que poderá não ser suficiente para revelar prejuízo no desempenho das tarefas *ToM* e afetar a capacidade empática. Por outro lado, o facto de os participantes terem sido retirados da amostra geral e, assim, pertencerem a grupos com diferentes estruturas de personalidade, pode ter influenciado os resultados.

No entanto, podemos referir que nas tarefas *ToM* a Hipomania apresentou um desempenho inferior aos outros grupos (ansiedade e controlo). Em relação à Empatia (cognitiva e afetiva) esta verificou-se inferior nos grupos com sintomatologia (ansiedade e hipomania) em comparação ao grupo de Controlo. Estes resultados vão ao encontro da nossa hipótese inicial, de um maior prejuízo na hipomania, e podem justificar-se à luz das características destes dois tipos de sintomatologia. Na hipomania os sujeitos apresentam-se alegres, otimistas, autoconfiantes e enérgicos, por vezes também apresentam um comportamento rude, irritável, imprudente e irresponsável. Em consequência, apresentam fuga de ideias, distração e agitação psicomotora (DSM-V, 2013) que de algum modo parece dificultar a capacidade em se descentrar do seu próprio estado mental e emocional.

No mesmo sentido, os sujeitos ansiosos utilizam um modo de processamento da informação tendencioso, ou seja, com base nos vieses cognitivos (atenção, memória e interpretação), afetando as informações fornecidas a outros sistemas (afetivos, motivacionais e comportamentais) e, em consequência, produzem respostas

desajustadas (Beck & Haigh, 2014). Por exemplo, muitos sujeitos ansiosos possuem um viés atencional para estímulos negativos, ficando com hipervigilância para a ameaça e, deste modo, passam a interpretar o estado mental dos outros como ameaçador. Este viés atencional pode, em situação de avaliação, influenciar o desempenho dos sujeitos nas tarefas *ToM* (Hezel & McNally, 2014). No entanto, em tarefas de avaliação do estado mental afetivo parecem apresentar um bom desempenho, demonstrando capacidade empática (Tibi-Elhanany & Shamay-Tsoory, 2011).

Para além de perceber a influência da personalidade na teoria da mente e secundariamente na sintomatologia clínica, foi também nossa intenção perceber as associações entre as variáveis em estudo. Neste sentido, verificámos uma associação negativa entre a capacidade empática cognitiva e a tarefa *Tom Stories Task*. O que sugere que na presença de uma capacidade empática cognitiva elevada, o desempenho na tarefa diminui. Pensamos que este resultado é de alguma forma surpreendente e merece algumas considerações adicionais. A tarefa *Tom Stories Task* é uma tarefa que avalia as dimensões afetiva (processo social-percetivo) e cognitiva (processo social-cognitivo) da *ToM* (Schlaffke et al., 2015). Estes dois processos têm sido referidos na literatura como distintos, ou seja, embora se influenciem mutuamente como alguns autores referem, devido aos neurónios espelho, utilizam redes neuronais distintas (Schlaffke et al., 2015) e dissociáveis (Kalbe et al., 2010) que poderão não coexistir no mesmo grau de funcionamento. Neste sentido, uma vez que o desempenho da tarefa utiliza inicialmente o processo social-percetivo, sujeitos com uma capacidade empática cognitiva superior à afetiva poderão ter mais dificuldade em realizar a tarefa, e assim obter um desempenho inferior. Esta hipótese pode ser sustentada pela correlação positiva verificada entre a tarefa e a capacidade empática afetiva, que nos sugere que o desempenho na tarefa *ToM Stories Task* depende, em grande parte, do processo social-percetivo. Ainda assim, e tanto quanto sabemos, é a primeira vez que se verifica este resultado, sendo necessário um esclarecimento mais profundo em estudos posteriores.

Por fim, marginalmente aos objetivos principais do estudo foi realizada uma análise estatística para perceber se existem diferenças entre sexos na capacidade empática e nas tarefas *ToM*. As mulheres apresentaram uma capacidade empática cognitiva superior aos homens. Este resultado vai de encontro ao exposto na literatura (e.g. Sucksmith, Allison, Baron-Cohen, Chakrabarti, & Hoekstra, 2013). A superioridade das mulheres na capacidade empática foi verificada no estudo de

desenvolvimento do IRI (Davis, 1980; 1983), a mesma tendência foi verificada no estudo de aferição do instrumento para a população portuguesa (Limpo, et al., 2010). Estes estudos corroboram a teoria da Empatia-Sistematização (Baron-Cohen, 2002) que pressupõe a existência de dois tipos de cérebros (1.tipo E; 2. tipo S) o primeiro é o cérebro típico das mulheres e o segundo dos homens, ou seja, os homens têm uma maior capacidade de sistematização e as mulheres revelam mais espontaneidade empática.

Em suma, foi possível verificar que a *ToM* pode depender da estrutura de personalidade, ou seja, sugere-se que a personalidade possa ter um efeito na teoria da mente. Verificou-se também que a *ToM* parece apresentar alguma interdependência com a capacidade empática cognitiva e afetiva, o que sugere que as capacidades *ToM* dependem de uma capacidade empática preservada e integrada.

Neste sentido parece-nos que este estudo vem contribuir para o esclarecimento de algumas dissemelhanças que têm vindo a ser encontradas tanto nos estudos de personalidade como de sintomatologia. O esclarecimento destas dissemelhanças permitirá o desenvolvimento de estratégias de intervenção específicas para estes grupos, assim como a otimização destas medidas de avaliação para o uso em investigação e na prática clínica, uma vez que permitem avaliar e monitorizar a evolução dos aspetos cognitivos e emocionais dos pacientes (Pridmore, 2013).

Contudo, embora os resultados encontrados se considerem passíveis de serem discutidos empiricamente, algumas limitações devem ser consideradas na sua interpretação. Durante a recolha da amostra foi possível verificar que os participantes demonstravam algum cansaço no momento de realização das tarefas *ToM*, isto porque todo o protocolo experimental foi muito extenso e demorado. Como limitação devemos também enunciar a facilidade de realização do *ToM Stories Task*, querendo isto sugerir o seu carácter pouco sensível e discriminatório dos participantes. Verificou-se também na realização do *Faux Pas Test* que os participantes mesmo realizando a prova com sucesso não compreendiam o teste, ou seja, não percebiam o que estava a ser avaliado nem qual o propósito da tarefa. Este facto é interessante na medida em que sugere que as regras sociais são na sua maioria implícitas. As pessoas aprendem e sabem como comportar-se mas não existe uma metacognição sobre os eventos e as regras sociais. Segundo Nosek, Hawkins e Frazier (2011), a maior parte da cognição humana ocorre fora da consciência e alguns desses processos implícitos influenciam a percepção social, o julgamento e a ação.

Como propostas para trabalho futuro e para uma melhor compreensão dos resultados encontrados, pensamos que seria importante a replicação deste estudo com uma versão curta do *Faux Pas Test* que abrangesse outras estruturas de personalidade com grupos de maior dimensão. Tendo em conta o carácter pouco discriminatório do *ToM Stories Task*, em estudos futuros devem ser utilizadas tarefas mais sensíveis. Parece-nos também importante que sejam utilizadas tarefas que avaliem separadamente os processos social-percetivo e social-cognitivo a par da capacidade empática para uma melhor compreensão da relação entre os diferentes processos. Um conhecimento mais amplo destas relações possibilitará compreender os compromissos aleatórios verificados, permitindo o desenvolvimento de modelos de intervenção para a prática clínica e a normalização de instrumentos para o uso em investigação.

Referências Bibliográficas

- Abramowitz, J., Fabricant, L., Taylor, S., Deacon, B., McKay, D., & Storch, E. (2014). The relevance of analogue studies for understanding obsessions and compulsions. *Clinical Psychology Review, 34*, 206-217.
- Abu-Akel, A., & Shamay-Tsoory S. (2011). Neuroanatomical and neurochemical bases of theory of mind. *Neuropsychologia, 49*(11), 2971-84. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2011.07.012.
- Afonseca, S., & Martins, A. T. (2014). *Adaptação dos instrumentos Recognition of Faux Pas Test e Theory of Mind Picture Stories Task para a população portuguesa*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade do Algarve, Portugal.
- Al Aïn, S., Carré, A., Fantini-Hauwel, C., Baudouin, J-Y., & Besche-Richard, C. (2013). What is the emotional core of the multidimensional Machiavellian personality trait? *Front. Psychol., 4*, 454. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00454.
- Ali, F., & Chamorro-Premuzic, T. (2010). Investigating Theory of Mind deficits in nonclinical psychopathy and Machiavellianism. *Personality and Individual Differences, 49*, 169-174.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

- Assion, H-J., Wolf, F., & Brüne, M. (2011). P01-190 - Theory of mind and neurocognitive functioning in patients with bipolar disorder. *European Psychiatry, 26*, 191-191. doi: 10.1016/S0924-9338(11)71901-0.
- Baron-Cohen, S. (2002). The extreme male brain theory of autism. *Trends in Cognitive Science, 6*, 248–254. doi:10.1016/S1364-6613(02)01904-6
- 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, S. K., 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*, 241-251.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition, 21*, 37-46.
- Barlow, A., Qualter, P., & Stylianou, M. (2010). Relationships between Machiavellianism, emotional intelligence and theory of mind in children. *Personality and Individual Differences, 48*, 78-82.
- Bird, C. M., Castelli, F., Malik, O., Frith, U., & Husain, M. (2004). The impact of extensive medial frontal lobe damage on ‘Theory of Mind’ and cognition. *Brain, 127*, 914-928. doi:10.1093/brain/awh108.
- Beck, A., & Haigh, E. (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. *Annu. Rev. Clin. Psychol., 10*, 1-24. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734.
- Blair, J., Sellars, C., Strickland, I., Clark, F., Williams, A., Smith, M., et al. (1996). Theory of mind in the psychopath. *Journal of Forensic Psychiatry, 7*, 15-25.
- Blakemore, S. J., Winston, J., & Frith, U. (2004). Social cognitive neuroscience: where are we heading? *Trends in Cognitive Sciences, 8*(5), 216-222.
- Bora, E., Vahip, S., Gonul, A. S., Akdeniz, F., Alkan, M., Ogut, M., et al., (2005). Evidence of theory of mind deficits in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 112*, 110–116.
- Bornstein, R. (1998). Implicit and Self-Attributed Dependency Needs in Dependent and Histrionic Personality Disorders. *Journal of Personality Assessment, 71*(1), 1-14.

- Brüne, M. (2003). Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 60, 57-64.
- Brüne, M., & Brüne-Cohrs, U. (2006). Theory of mind-evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 437-455.
- Brüne, M., & Bodenstein, L. (2004). Proverb comprehension reconsidered—‘theory of mind’ and the pragmatic use of language in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 75, 233–239.
- Caillies, S., Bertot V., Motte J., Raynaud C., & Abely M. (2014). Social cognition in ADHD: irony understanding and recursive theory of mind. *Res. Dev. Disabi.*, 35 (11), 3191-8. doi: 10.1016/j.ridd.2014.08.002.
- Carvalho, L. F. (2011). Teoria, avaliação e psicoterapia segundo a proposta de Theodore Millon. *Psico-USF*, 16(3), 339-347.
- Castelli, I., Pini, A., Alberoni, M., Liverta-Sempio, O., Baglio, F., Massaro, D., et al. (2011). Mapping levels of theory of mind in Alzheimer's disease: A preliminary study. *Aging & Mental Health*, 15(2), 157-168. doi: 10.1080/13607863.2010.513038.
- Champagne, M. (2001). Compreensão de Discurso Não Literal: O Caso de Violações das Máximas de Quantidade e de Solicitações Indiretas. *Reflexão e Crítica*, 14 (2), 379-385.
- Cusi, A. M., MacQueen, G. M., & McKinnon, M. C. (2012). Patients with bipolar disorder show impaired performance on complex tests of social cognition. *Psychiatry Research*, 200, 258-264.
- D'Elia, L., & Satz, P. (1989). Color Trails 1 and 2. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85-103.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.
- Davis, M. H. (2006). Empathy. In J. E. Stets & J. H. Turner (Eds.), *Handbook of the sociology of emotions* (443-466). New York: Springer.

- Davies M., & Stone, T. (2003). Synthesis: psychological understanding and social skills, in *Individual Differences in Theory of Mind* (Eds.) Repacholi B., Slaughter V., editors. New York, NY: Psychology Press, 305-353.
- Esperger, Z., & Berezkei, T. (2012). Machiavellianism and Spontaneous Mentalization: One Step Ahead of Others. *European Journal of Personality*, 26(6), 580-587.
- Ferguson, F. J., & Austin, E. J. (2010). Associations of trait and ability emotional intelligence with performance on Theory of Mind tasks in an adult sample. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 414-418. doi:10.1016/j.paid.2010.04.009.
- Frith, C. D. (1992). *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia* Hove, UK Lawrence Erlbaum Associates.
- Garrido, M., Azevedo, C., & Palma, T. (2011). Cognição social: Fundamentos, formulações actuais e perspectivas futuras. *Psicologia*, 25(1).
- Golan, O., Baron-Cohen, S., Hill, J., & Rutherford, M. D. (2006). The 'Reading the Mind in the Voice' Test-Revised: A Study of Complex Emotion Recognition in Adults with and Without Autism Spectrum Conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(6), 1096-1106.
- Harari, M., Shamay-Tsoory, S. G., Ravid, M., & Levkovitz, Y. (2009). Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder. *Psychiatry research*, 175(3), 277-279.
- Hengartner, M., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Müller, M., Haker, H., & Rössler, W. (2014). Fluid intelligence and empathy in association with personality disorder trait-scores: exploring the link. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 264, 441-448. doi: 10.1007/s00406-013-0441-0.
- Hezel, D., & McNally, R. (2014). Theory of Mind Impairments in Social Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*, 45(4), 530-540. doi:10.1016/j.beth.2014.02.010.
- Ibanez, A., Huepe, D., Gempp, R., Gutiérrez, V., Rivera-Rei, A., & Toledo, M. I. (2010). Empathy, sex and fluid intelligence as predictors of theory of mind. *Personality and Individual Differences*, 54, 616-621.
- Kalbe, E., Schlegel, M., Sack, A.T., Nowak, D. A., Dafotakis, M., Bangard, C., et al. (2010). Dissociating cognitive from affective theory of mind: A TMS study. *Cortex*, 46 (6), 769-780. doi:10.1016/j.cortex.2009.07.010.

- Kerig, P. K., & Sink, H. E. (2010). The new scoundrel on the schoolyard: Contributions of Machiavellianism to the understanding of youth aggression. In C. T. Barry, P. K. Kerig, K. K. Stellwagen, & T. D. Barry (Eds.), *Narcissism and Machiavellianism in youth: Implications for the development of adaptive and maladaptive behavior*, 193-212. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Lee, K., & Ashton, M. C. (2005). Psychopathy, Machiavellianism, and Narcissism in the Five-Factor Model and the HEXACO model of personality structure. *Personality and Individual Differences*, *38*, 1571-1582.
- Limpo, T., Alves, R.A., & Castro, S. L. (2010). Medir a empatia: Adaptação portuguesa do Índice de Reactividade Interpessoal. *Laboratório de Psicologia*, *8*(2), 171-184.
- Millon, T. (1997). MIPS: Inventario Millon de Estilos de Personalidad. Barcelona: Paidós.
- Martino D. J., Strejilevich S. A., Fassi G., Marengo E., & Igoa A. (2012). Theory of mind and facial emotion recognition in euthymic bipolar I and bipolar II disorders. *Psychiatry Res.*, *189*(3), 379-84. doi: 10.1016/j.psychres.2011.04.033.
- Martins, C., Barreto, A. L., & Castiajo, P. (2014). Teoria da mente ao longo do desenvolvimento normativo: Da idade escolar até à idade adulta. *Análise Psicológica*, *32*(1), 377-392. doi: 10.14417/ap.590.
- McCarthy-Jones, S., Knowles, R., & Rowse, G. (2012). More than words? Hypomanic personality traits, visual imagery and verbal thought in young adults. *Consciousness and Cognition*, *21*, 1375-1381. doi.org/10.1016/j.concog.2012.07.004.
- Moncany, A-H., Cailho, L., Bui, E., Grèzes, J., Schmitt, L., & Birmes, P. (2010). P02-258 - Theory of mind and borderline personality disorder: a pilot study. *European Psychiatry*, *25*, 893-893. doi: 10.1016/S0924-9338(10)70884-1.
- Nosek, B. A., Hawkins, C. B., & Frazier, R. S. (2012). Implicit Social Cognition. In S. Fiske & C. N. Macrae (Eds.) *Handbook of Social Cognition* (31-53). New York, NY: Sage.
- Paal, T., & Bereczkei, T. (2007). Adult theory of mind, cooperation, Machiavellianism: The effect of mindreading on social relations. *Personality and Individual Differences*, *43*, 541-551.

- Paulhus, D. L., & Williams, K. M. (2002). The dark triad of personality: Narcissism, Machiavellianism and psychopathy. *Journal of Research in Personality, 36*, 556-563.
- Perner, J., & Wimmer, H. (1985). 'John thinks that Mary thinks that...,' Attribution of second-order beliefs by 5-10 years old children. *Journal of Experimental Child Psychology, 39*, 437-471.
- Poletti, M., Enrici, I., & Adenzato, M. (2012). Cognitive and affective Theory of Mind in neurodegenerative diseases: Neuropsychological, neuroanatomical and neurochemical levels. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 36*, 2147-2164.
- Pridmore, S. (2013). Theory of mind and psychopathology. Acedido a 30 de Junho de 2015: <http://eprints.utas.edu.au/287/>.
- Purcell, A. L., Phillips, M., & Gruber, J. (2013). In your eyes: Does theory of mind predict impaired life functioning in bipolar disorder? *Journal of Affective Disorders, 151*(3), 1113-1119.
- Raven, J., Raven, J. C., & Court, J. H. (1998). *Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales. Section 1. General Overview*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Richell, R. A. Mitchell, D. G. V. Newman, C. Leonard A., Baron-Cohen, S., & Blair, R. J. R. (2003). Theory of mind and psychopathy: can psychopathic individuals read the 'language of the eyes'? *Neuropsychologia, 41*, 523-526.
- Ritter, K., Dziobek, I., Preissler, S., Rüter, A., Vater, A., Fydrich, T. et al. (2011). Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research, 187*, 211-247.
- Ryan, N., Catroppa, C., Coopera, J., Beare, R. , Ditchfield, M., Coleman, L., et al., (2014). Relationships between Acute Imaging Biomarkers and Theory of Mind Impairment in Post-Acute Pediatric Traumatic Brain Injury: A Prospective Analysis using Susceptibility Weighted Imaging (SWI). *Neuropsychologia, 66*, 32-38.doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2014.10.040.
- Sabbagh, M. A. (2004). Understanding orbitofrontal contributions to theory-of-mind reasoning: Implications for autism. *Brain and Cognition, 55*, 209-219.
- Schlaffke, L., Lissek, S., Lenz, M., Juckel, G., Schultz, T., Tegenthoff, M. et al. (2015). Shared and Nonshared Neural Networks of Cognitive and Affective Theory-of-

- Mind: A Neuroimaging Study Using Cartoon Picture Stories. *Human Brain Mapping*, 36, 29-39. doi: 10.1002/hbm.22610.
- Shamay-Tsoory, S. G., & Aharon-Peretz, J. (2007). Dissociable prefrontal networks for cognitive and affective theory of mind: a lesion study. *Neuropsychologia*, 45 (13), 3054-3067.
- Shamay-Tsoory, S. G., Harari, H., Aharon-Peretz J., & Levkovitz, Y. (2010). The role of the orbitofrontal cortex in affective theory of mind deficits in criminal offenders with psychopathic tendencies. *Cortex*, 46(5), 668-77.
- Signorelli, M., Geraci, A., & Aguglia, E. (2011). P01-248-Theory of mind, moral judgments and neuropsychological functioning in patients with bipolar disorders. *European Psychiatry*, 26(1), 249.
- Singer, T. (2006). The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: Review of literature and implications for future research. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 30, 855-863.
- Stellwagen, K. K., & Kerig, P. K. (2013_a). Dark triad personality traits and theory of mind among school-age children. *Personality and Individual Differences*, 54, 123-127.
- Stellwagen, K. K., & Kering, P.K. (2013_b). Ringleader Bullying: Association with Psychopathic Narcissism and Theory of Mind Among Child Psychiatric Inpatients. *Child Psychiatry Hum. Dev.*, 44, 612-620.
- Stone, V. E., Baron-Cohen, S., & Knight, R. T. (1998). Frontal lobe contributions to theory of mind. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 10, 640-656.
- Sucksmith, E., Allison, C., Baron-Cohen, S., Chakrabarti, B., & Hoekstra, R. A. (2013). Empathy and emotion recognition in people with autism, first-degree relatives, and controls. *Neuropsychologia*, 51, 98-105. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2012.11.013.
- Sutton J. (2001). Bullies: thugs or thinkers? *Psychologist*, 14, 530-534.
- Tager-Flusberg, H. (2001). A re-examination of the theory of mind hypothesis of autism. In Burack, J., Charman, T., Yirmiya, N., & Zelazo, P. R. (Eds.), *Development in autism: Perspectives from theory and research* (173–193). Hillsdale NJ: Erlbaum.

- Tager-Flusberg, H., & Sullivan, K. (2000). A componential view of theory of mind: evidence from Williams syndrome. *Cognition*, 76 (1), 59–90. doi:10.1016/S0010-0277(00)00069-X.
- Terrien, S., Stefaniak, N., Blondel, M., Mouras, H., Morvan, Y., & Besche-Richard, C. (2013). Theory of mind and hypomanic traits in general population. *Psychiatry Research*, 215, 694-699.
- Tibi-Elhanany, Y., & Shamay-Tsoory S. G. (2011). Social cognition in social anxiety: first evidence for increased empathic abilities. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.*, 48(2), 98-106.
- Van Rheenen, T. E., & Rossell, S. L. (2013). Genetic and neurocognitive foundations of emotion abnormalities in bipolar disorder. *Cognitive neuropsychiatry*, 18(3), 168-207.
- Vonk, J., Zeigler-Hill, V., Mayhew, P., & Mercer, S. (2013). Mirror, mirror on the wall: Which form of narcissist knows self and others best of all? *Personality and Individual Differences*, 54, 396-401.
- Wai, M., & Tiliopoulos, N. (2012). The affective and cognitive empathic nature of the dark triad of personality. *Personality and Individual Differences*, 52, 794–799. doi:10.1016/j.paid.2012.01.008
- Wimmer, H., & Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13, 103-128. doi: 10.1016/0010- 0277 (83) 90004-5.
- White, S., Hill, E., Francesca Happé, F., & Frith, U. (2009). Revisiting the Strange Stories: Revealing Mentalizing Impairments in Autism. *Child Development*, 80 (4), 1097-1117. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01319.x.
- Yeh, Z-T., Lo, C-Y., Tsaic, M-D., & Tsai, M-C. (2015). Mentalizing ability in patients with prefrontal cortex damage. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 37(2), 128-139. doi:10.1080/13803395.2014.992864.
- Zeppigno, P. Probo, M., Antona, M., Gogliani, A., & Torre, E. (2009). P02-270 Study of the correlations between theory of mind, symptoms and personality characteristics of a non-psychiatric population. *European Psychiatry*, 24(1), 960. doi:10.1016/S0924-9338(09)71193-9.

Anexos

Anexo A

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Este trabalho de investigação insere-se na Unidade Curricular de Dissertação, do Curso de Psicologia da Universidade do Algarve e é sobre a Teoria da Mente. Consiste na aplicação de algumas provas cognitivas e tarefas sobre a capacidade de inferir acerca dos estados mentais dos outros. Os resultados são totalmente anónimos e confidenciais e serão unicamente utilizados com fim científico. Possui todo o direito de abandonar a investigação quando desejar, sem ter que dar qualquer tipo de explicação.

Declaro que li, percebi e concordo com o Consentimento Informado acima exposto

(Com base nisto, se quiser participar no estudo preencha os dados seguintes).

DATA: ____/____/____

ASSINATURA: _____

Anexo B

Questionário Sociodemográfico e de Informação Clínica

Questionário Sociodemográfico e de Informação Clínica

Proc. N° _____

1. Idade: _____ anos

2. Sexo: _____ (feminino/masculino)

3. Nacionalidade: _____

4. Escolaridade: _____ (anos)

5. Profissão: _____

6. Alguma vez teve um A.V.C. (Acidente Vascular Cerebral) / Trombose ou um traumatismo craniano grave?

Sim

Não

7. Alguma vez consultou um Neurologista?

Sim

Não

Se sim, porquê? _____

8. Alguma vez consultou um Psiquiatra ou Psicólogo?

Sim

Não

Se sim, porquê? _____

9. Sofre de alguma doença física?

Sim

Não

Se sim, qual? _____

10. Toma algum tipo de medicação?

Sim

Não

Se sim, qual? _____

Anexo C

**Descrição dos Instrumentos de Caracterização Cognitiva dos
Participantes**

Descrição dos Instrumentos de Caracterização Cognitiva dos Participantes

- 1. Matrizes Progressivas de Raven** (Raven, Court, & Raven, 1998; versão inglesa). A prova é composta por 60 matrizes, divididas em 5 séries (de A a E), cada serie tem 12 matrizes por série, com objetivo de analisar a capacidade mental geral, ou seja, o integrador sintético de toda a atividade intelectual.

- 2. Color Trail Test (CTT) – Parte B** foi utilizado para avaliar as funções executivas dos participantes (D'Elia & Satz, 1989; versão inglesa). O teste mede a velocidade da atenção, sequenciação, flexibilidade mental, busca visual e função motora. Consiste em unir com uma linha continua, números de 1 a 25 em que os números pares estão coloridos a amarelo e os números ímpares a cor-de-rosa. O desempenho é avaliado pelo tempo de realização em segundos e o número de erros cometidos.

Anexo D

Descrição do Instrumento de medida da Empatia

(IRI)

Índice de Reatividade Interpessoal dos Participantes (IRI)

Para avaliar a capacidade empática dos participantes foi utilizado o Índice de Reatividade Interpessoal (IRI) na dimensão cognitiva e afetiva (Davis, 1983; versão portuguesa de Limpo, Alves & Castro, 2010). O instrumento é constituído por 24 itens sobre sentimentos e pensamentos que uma pessoa poderá ter tido em diversas situações, divididos em quatro subescalas: **Tomada de Perspetiva** que mede a tendência para adotar os pontos de vista do outro; **Preocupação Empática** como capacidade de experienciar sentimentos de compaixão e preocupação pelo outro; **Desconforto Pessoal** para avaliar sentimentos de ansiedade, apreensão e desconforto em contextos interpessoais tensos e; **Fantasia** que reflete a propensão para se colocar em situações fictícias. A pontuação total de cada subescala é de 20 pontos. A dimensão cognitiva é avaliada pela dimensão Tomada de Perspetiva e a dimensão afetiva é obtida pela soma e calculo da média das três restantes subescalas.

A **Tomada de Perspetiva** é avaliada pelos itens número 1, 6, 9, 17, 20, 23; a **Preocupação Empática** pelos itens número 2, 7, 12, 15, 24; o **Desconforto Pessoal** pelos itens 4, 8, 11, 14, 16, 19, 22; a **Fantasia** pelos itens número 3, 5, 10, 13, 18, 21; Os itens invertidos estão assinalados com (i) no instrumento.

IRI – Índice de Reatividade Interpessoal

Mark Davis, 1983¹

Adaptação portuguesa de Teresa Limpo, Rui A. Alves e São Luís Castro, 2008²

Sexo: Masculino Feminino Idade: _____

As afirmações seguintes referem-se a pensamentos e sentimentos que poderá ter tido em diversas situações. Indique em que medida cada item o/a descreve a si escolhendo o número apropriado na escala abaixo, desde **0** (não me descreve bem) a **4** (descreve-me muito bem). Leia atentamente cada item antes de responder no espaço correspondente. É importante que as suas respostas sejam francas e honestas. Obrigado.

0

1

2

3

4

Não me
descreve bem

Descreve-me
muito bem

- _____ 1. Tenho dificuldade em ver as coisas do ponto de vista dos outros. (i)
- _____ 2. Às vezes, não sinto pena quando as pessoas estão a ter problemas. (i)
- _____ 3. Facilmente me deixo envolver nos sentimentos das personagens de um romance.
- _____ 4. Em situações de emergência, sinto-me ansioso/ansiosa e desconfortável.
- _____ 5. Geralmente, consigo manter a objetividade ao ver um filme ou um teatro e não me deixo envolver completamente nele. (i)
- _____ 6. Numa discussão tento atender a todos os pontos de vista antes de tomar uma decisão.
- _____ 7. Quando vejo que se estão a aproveitar de uma pessoa, sinto vontade de a proteger.
- _____ 8. Às vezes, sinto-me vulnerável quando estou no meio de uma situação muito emotiva.
- _____ 9. Tento compreender os meus amigos, imaginando como vêem as coisas da sua perspetiva.
- _____ 10. É raro ficar completamente envolvido/envolvida num bom livro ou filme. (i)
- _____ 11. Quando vejo alguém ficar ferido, tendo a permanecer calmo/calma. (i)

- _____ 12. As desgraças dos outros não me costumam perturbar muito. (i)
- _____ 13. Depois de ver um filme ou uma peça, sinto-me como se fosse uma das personagens.
- _____ 14. Estar numa situação emocionalmente tensa assusta-me.
- _____ 15. Quando vejo uma pessoa a ser tratada injustamente, nem sempre sinto muita pena dela. (i)
- _____ 16. Geralmente, sou muito eficaz a lidar com emergências. (i)
- _____ 17. Acredito que uma questão tem sempre dois lados e tento olhar para ambos.
- _____ 18. Quando vejo um bom filme, posso facilmente pôr-me no lugar do protagonista.
- _____ 19. Tendo a perder o controlo em situações de emergência.
- _____ 20. Quando estou aborrecido/aborrecida com alguém, costumo pôr-me no seu lugar por um momento.
- _____ 21. Quando estou a ler uma história ou um romance interessante, imagino como me sentiria se aqueles acontecimentos se passassem comigo.
- _____ 22. Numa emergência, quando vejo alguém que precisa muito de ajuda fico completamente perdido/perdida.
- _____ 23. Antes de criticar alguém, tento imaginar como me sentiria se estivesse no seu lugar.
- _____ 24. Quando ferem os sentimentos de alguém na minha presença fico triste e quero ajudar.

1 Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.

2 Laboratório de Fala, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (www.fpce.up.pt/labfala; labfala@fpce.up.pt)

Anexo E

Descrição dos Instrumentos de Inclusão dos Participantes

(MCMI-III)

Descrição dos Instrumentos de Inclusão dos Participantes

(MCMI-III)

Para a inclusão dos participantes nos diferentes grupos de personalidade, sintomatologia e controlo foi utilizado o **Inventário Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III)** (Millon, 1994, versão inglesa). O MCMI-III é um instrumento de auto-relato com 175 itens de verdadeiro/falso, composto por 11 escalas de Perturbação da Personalidade Moderadas, três escalas de Perturbação de Personalidade Severa, sete escalas de Sintomas clínicos e três escalas de Sintomatologia Severa, além dos Índices de Modificação e dos Indicadores de resposta. As escalas são pontuadas de forma a possibilitar a categorização de pacientes de acordo com os critérios do DSM-IV. Valores acima de 60 numa escala específica representam uma estrutura de personalidade dominante, valores superiores a 75 representam sintomatologia clínica.

A avaliação tem em conta os seguintes valores: 0-30 (indicador nulo); 35-59 (indicador baixo); 60-74 (indicador sugestivo); 75-84 (presença significativa de características); > 85 (Presença de Perturbação). Para uma melhor compreensão do instrumento consultar a tabela número 3 (Anexo E-2).

Tabela 3. Divisão das Escalas do MCMI-III

Escalas de Perturbação da Personalidade Moderadas 1 – Personalidade Esquizoide 2A – Personalidade Evitante 2B – Personalidade Depressiva 3 – Personalidade Dependente 4 – Personalidade Histriônica 5 – Personalidade Narcisista 6A – Personalidade Antissocial 6B – Personalidade Agressiva (Sádica) 7 – Personalidade Compulsiva 8A – Personalidade Passivo Agressiva (Negativista) 8B – Personalidade Auto-destrutiva (Masoquista)	Escalas de Perturbação da Personalidade (de acordo com o Eixo II do DSM-IV)
Escalas de Perturbação de Personalidade Severa S – Personalidade Esquizótipica C – Personalidade Limite (Borderline) P – Personalidade Paranoide	
Escalas de Sintomas Moderados A – Ansiedade H – Histeriforme (Tipo Somatoforme) N – Hipomania D – Neurose Depressiva (Distímia) B – Abuso de Álcool T – Abuso de Drogas R – Transtorno de Stress Pós-Traumático	Escalas de Sintomas Clínicos (de acordo com o Eixo I do DSM-IV)
Índice de Modificação X – Sinceridade Y – Desejabilidade Z – Alteração	Escalas de Correção
Indicadores de resposta V – Validade W – Consistência	

Anexo F.

Descrição das Tarefas ToM

(Faux Pas Recognition Test e Theory of Mind Picture Stories Task)

Descrição das Tarefas *ToM*

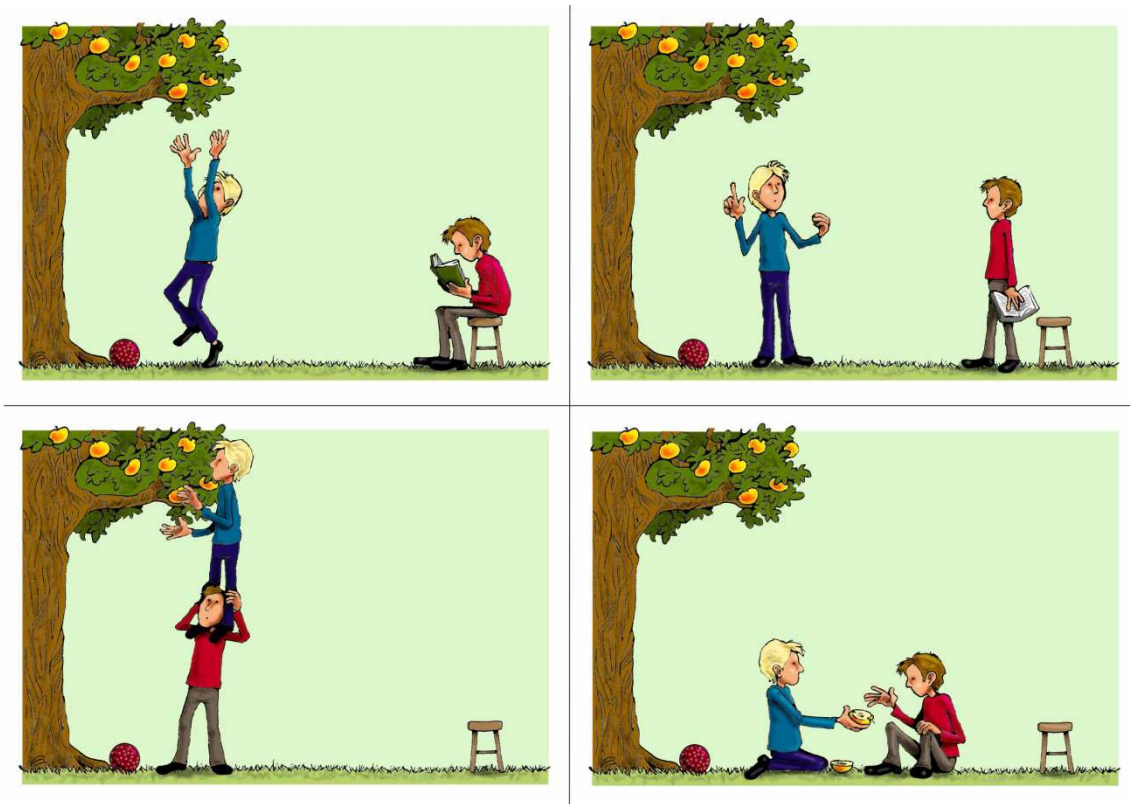
Foram utilizados dois instrumentos adaptados para a população portuguesa por Afonseca e Martins (2014) que pretendem avaliar a capacidade para fazer inferências acerca do estado mental do outro e de prever ações.

- 1. O *Theory of Mind Picture Stories Task*** (Brüne, 2003) é uma tarefa constituída por 6 histórias em imagem de desenhos animados, divididas em 4 cartões com duas questões que avaliam as ações presentes em cada história. As histórias avaliam a cooperação mútua, o engano e, a cooperação de dois personagens ao mesmo tempo para enganar um terceiro personagem. O objetivo é que o participante ordene os 4 cartões de cada história na sequência lógica e responda às questões sobre as mesmas. Os resultados resultam da sequência correta dos 4 cartões que compõe a história, do tempo despendido e da resposta correta às questões. A pontuação total do teste é de 59 pontos.

- 2. O *Faux Pas Recognition Test*** (Stone, Baron-Cohen & Knight, 1998) é composto por 20 histórias escritas, 10 histórias em que um dos personagens diz algo que não deveria ter dito (história 2, 4, 7, 11,12,13,14,15,16 e 18) e 10 histórias de controlo (história 1, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 17, 19 e 20). Em cada uma das histórias é questionado se alguém disse algo que não deveria ter dito e quem foi o personagem que o disse. Em seguida, deve justificar as intenções do personagem através de 5 questões sobre a história e 2 questões de controlo que permitem verificar a compreensão da história. A pontuação máxima das histórias com FP é de 80 pontos e 41 pontos nas histórias de controlo, totalizando 121 pontos.

Exemplo de História do *Theory of Mind Picture Stories Task*

História 1



Questionário

Theory of Mind Picture Stories Task

Sequência da pontuação

- 1º/4º Cartão correto = 2 pontos (cada)
- 2º/3º Cartão correto = 1 ponto (cada)

1º História

Sequência correta	H	E	L	P
Sequência do paciente				
Pontos (max. 6)	2	1	1	2
Tempo da sequência (Segundos)		Notas:		

Questionário:

1a) O que é que a pessoa com camisa vermelha acredita que a pessoa de camisa azul tem intenção de fazer?

(2º crença) (**apontando para segunda imagem**)

Resposta correta: Obter a maçã da árvore

Score

0 1

1b) O que é que a pessoa com a camisa vermelha espera da pessoa de camisa azul?

(reciprocidade) (**apontando para a 4ª imagem**)

Corrija: Dar parte da maçã; partilhar com ele

Score

0 1

Soma dos pontos para item 1 (máximo: 8 pontos)

Exemplo de Histórias do *Faux Pas Recognition Test*

História com *Faux Pas*

(história número 4)

4. A Camila tinha acabado de se mudar para um novo apartamento. A Camila foi às compras e comprou umas cortinas novas para o quarto. Justamente quando ela tinha acabado de decorar o apartamento, a sua melhor amiga Sara veio visitá-la. A Camila mostrou-lhe o apartamento e perguntou: “ Gostas do meu quarto?” “Essas cortinas são horríveis” – disse Sara. Espero que arranjes umas novas!”.

Questionário

Alguém disse algo que não devia ter dito, ou disse alguma coisa estranha?

Se sim, pergunte

Quem disse algo que não devia ter dito, ou disse algo estranho?

Porque é que ele/ela não devia ter dito isso ou porque é que foi estranho?

Porque é que acha que ele/ela disse isso?

Será que a Sara sabia que a Camila tinha acabado de comprar as cortinas?

Como é que acha que a Camila se sentiu?

Questão de controlo: Na história, o que é que a Camila tinha comprado?

Há quanto tempo é que a Camila estava a viver naquele apartamento?

História de Controlo

(história número 5, sem *Faux Pas*)

5. O Luís foi ao barbeiro para cortar o cabelo. “Que tipo de corte deseja?” – Perguntou o barbeiro. - “Eu gostaria do mesmo estilo que tenho agora mas com um centímetro a menos!” – Respondeu o Luís. O barbeiro cortou de forma um pouco irregular à frente, por isso teve que cortá-lo mais curto para o nivelar. "Eu receio que esteja um pouco mais curto do que você pediu", disse o barbeiro. - "Ora, deixe lá!" - disse o Luís - "O cabelo cresce!."

Questionário

Alguém disse algo que não devia ter dito, ou disse alguma coisa estranha?

Se sim, pergunte

Quem disse algo que não devia ter dito, ou disse algo estranho?

Porque é que ele/ela não devia ter dito isso ou porque é que foi estranho?

Porque é que acha que ele/ela disse isso?

Enquanto o barbeiro estava a cortar o cabelo, o Luís sabia ele estava a corta-lo muito curto?

Como acha que o Luís se sentiu?

Questão de controlo: na história, como é que Luís queria o seu corte de cabelo?

Como é que o barbeiro cortou o cabelo?