

# Atribuição de origem e de controle da doença mental por alunos ingressantes e formandos em Psicologia<sup>1</sup>

Ana L.R. de Oliveira<sup>2</sup> e Sandra A. Melo Neves<sup>2</sup>  
Universidade Federal de Uberlândia

Atribuição de causalidade é variável relevante quando se busca a compreensão de fenômenos e a percepção das pessoas sobre suas causas e seu controle. Este trabalho investigou esta variável, mediante a bipolaridade endogenia/exogenia e a atribuição de controle na situação terapêutica, mediante a bipolaridade internalidade/externalidade. Dois grupos de alunos de um curso de graduação serviram de sujeitos. Foram aplicadas as escalas "Locus de Origem da Saúde Mental" e "Locus de Controle da Saúde Mental". As correlações encontradas entre as opiniões dos dois grupos foram altas e significantes permitindo concluir que os anos de formação parecem não alterar as atribuições aqui estudadas.

**Palavras-chave:** Atribuição de Causalidade, Locus de Controle, Doença Mental

## Abstract

**Origin and control attribution of mental disease by newcomers and terminal students of Psychology**  
Causality Attribution is an important variable when phenomenon understanding are looked for and the perception about the causes and origem the persons have about it. The present study examine this variable through the bipolarity endogeny/exogeny, and the control attribution in the therapeutic situation through the bipolarity internality/externality. The subjects were two groups of psychology under graduate students. They answered the scales "Mental Health Locus of Origen" and "Mental Health Locus of Control". High and significant correlations were found between the groups opinions, proving the development studing seems do not change the origen and control attribution here examineted.

**Key words:** Causality Attribution, Locus of Control, Mental Ill.

Na história da doença mental, o entendimento deste fenômeno está diretamente ligado às crenças de cada sociedade a respeito da origem da loucura. "Em certos períodos históricos, conceitos explicativos tais como divindades, feiticeiras e instintos apareceram, não somente como teorias, mas como causas evidentes por si de um vasto número de eventos" (Szasz, s/d, p.19).

Com o caminhar da história, a loucura passa gradativamente de fenômeno sobrenatural a uma disfunção orgânica ou desvio moral e destes ao resultado de conflitos vivenciados ou adquiridos nas interações com o ambiente. Muito embora estas formas de atribuição co-existam com o predomínio de

uma ou outra, este foi o caminho geral de mudança de atribuição de causalidade à loucura através dos tempos. Esta mudança é determinante para a forma como o louco é encarado e tratado pela sociedade: crenças e tratamento, origem e controle estão intimamente ligados.

Em Psicologia Social, atribuição de causalidade é vista como um processo cognitivo que busca a compreensão dos eventos e suas causas geradoras, bem como elementos de percepção que possam fornecer ao homem uma compreensão e controle de seu próprio comportamento, do comportamento de seu semelhante e do mundo (Dela Coleta, 1982).

O precursor neste campo do conhecimento foi Heider que, preocupado com temas como a percepção social e o relacionamento interpessoal, dedicou-se com especial ênfase à questão da atribuição de causalidade.

Embora Heider tenha focado o tema de forma especulativa, as pesquisas e a construção teórica que a ele seguiram, bem como suas aplicações

1. Trabalho realizado com a orientação da Profª. Dª. Geraldina Porto Witter e apresentado na IX Semana Científica de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.

2. Mestranda em Psicologia Clínica.

Endereço para correspondência: Rua Tahiti, 109, Jd. Nosso Recanto, CEP 38400-246, Uberlândia, MG.



e fenômenos psicossociais da vida diária (Rodrigues, 1971) fizeram da Atribuição de Causalidade um campo teórico e de pesquisa sólidos que possibilitam sua utilização em áreas diversas da educação, da psicologia aplicada e até da metodologia de pesquisa (Dela Coleta, 1984).

Em 1953, Rotter postulou a noção de *Locus de Controle* que é um construto inferido a partir dos comportamentos que denotam consistência nas respostas de atribuição de causalidade. Assim pode-se ter sujeitos mais internos (Pólo de Internalidade) ou mais externos (Pólo de Externalidade) segundo sua tendência geral observada em atribuir aos acontecimentos que os afetam as causas internas (próprias) ou externas (alheias ao sujeito). O autor criou a Escala I-E, *internalidade/externalidade*.

Estudos a respeito de *Locus de Controle* (Lefcourt, 1976) indicam características associadas aos sujeitos de acordo com a percepção da fonte de controle de eventos e mostram que os sujeitos ditos internos são mais adaptados e adaptáveis do ponto de vista intelectual e emocional, enquanto os ditos externos são mais tendentes ao conformismo e a posições negativistas diante da vida.

Podemos entender que a atribuição de causalidade está para o comportamento assim como o *Locus de Controle* está para característica.

Com relação à psicopatologia, “os estudos têm demonstrado existir alta relação entre *Locus de Controle* e determinados quadros psicopatológicos (Dela Coleta, 1982) apesar de não ter sido ainda possível formular conclusões acerca da direção desta correlação.

Na área de saúde diversos trabalhos foram realizados: Ducette (1974); Gromwell, Butterfield, Brayfield e Crerry (1977); Diller e col. (1979); De Vellis, Wallston e Wallston (1980). Também surgiram duas escalas construídas por Wallston e Wallston: a *Escala de Locus de Controle de Saúde* (1976) e as *Escalas Multidimensionais de Locus de Controle de Saúde* (1981) (Mello e Silva, 1984).

A partir da percepção da inadequação destes instrumentos, da importância do Locus de Controle no processo terapêutico e do Locus de Origem na formação de concepções sobre o doente mental, Hill e Bale em 1981 procuraram criar escalas mais ade-

quadas que permitissem conclusões mais precisas. Surgiram: a *Mental Health Locus of Control* (MHLC) e a *Mental Health Locus of Origen* (MHLO), tendo em vista a importância do Locus de Controle para o processo terapêutico e do Locus de Origem para o posicionamento diante do doente mental.

Estes trabalhos são, sem dúvida, decorrentes dos esforços de pesquisadores tais como: Nunnaly (1961); Lilienfield (1969); Kaufman e Bluestone (1975); Whitney (1973); Meinster (1974); Kinder (1976) e os próprios Hill e Bale dentre outros (Mello e Silva, 1984).

As escalas MHLC e MHLO, que têm níveis de confiabilidade estimados pelo coeficiente alfa em 0,84 e 0,76 respectivamente, foram traduzidas para o português por Dela Coleta, mas não publicadas, sendo adaptadas ao meio brasileiro por Mello e Silva (1984) em sua dissertação de mestrado.

No último trabalho referido, a autora verificou as atribuições de causalidade à doença mental e as percepções de controle na psicoterapia dos diferentes grupos de profissionais. Mello e Silva (1984 p. 140) demonstra que “a formação profissional influencia na determinação de percepções com relação à loucura”, que profissionais como psicólogos, assistentes sociais e sociólogos “acreditam mais que os outros profissionais que as causas da loucura estão no ambiente, no sistema doentio de educação, no *stress* da vida moderna, no sistema de relações patológicas” e que na psicoterapia a opinião do cliente tem maior importância que a do terapeuta, dependendo mais do primeiro que do segundo a responsabilidade pela melhora ou êxito da terapia.

O presente trabalho, dando continuidade a esta linha de pesquisa, objetivou verificar em que medida a formação em um curso de psicologia promove mudanças nos alunos quanto ao nível de atribuição de causalidade e controle à doença mental.

## **Método**

### **Sujeitos**

Foram sujeitos desta pesquisa 59 alunos do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. Desse total de sujeitos, 36 eram alunos ingressantes, e os outros 23 são formandos. O grupo



de alunos ingressantes foi chamado de GA e o grupo de alunos formandos, de GB.

O Grupo A ficou composto por 34 sujeitos do sexo feminino e dois do sexo masculino, todos solteiros, com idade média de 18,5 anos, variando entre 17 e 20 anos de idade.

O Grupo B contou com 20 sujeitos do sexo feminino e três do sexo masculino, sendo três casados e o restante solteiros, com idade média de 23 anos, variando entre 21 e 26 anos de idade.

### Instrumento

Foram utilizadas as escalas *Locus de Origem da Saúde Mental* (MHLO) e *Locus de Controle de Saúde Mental* (MHLC) (Hill e Bale, 1981). A primeira contém 15 itens em forma de frases afirmativas, dos quais 13 referem-se a fatores endógenos ou orgânicos e os outros 2 a fatores exógenos ou interacionais. A segunda tem o objetivo de medir o *Locus de Controle* na situação de tratamento terapêutico, sendo composta de 20 itens, dos quais 14 referem-se à externalidade (atribuição de poder ao terapeuta) e 6 à internalidade (atribuição de poder ao cliente).

Nas duas escalas, os itens são apresentados em formato Likert, com 5 opções de resposta, a saber: (1) totalmente de acordo; (2) de acordo; (3) absolutamente em dúvida; (4) em desacordo; (5) totalmente em desacordo.

A contagem dos pontos foi feita da seguinte forma:

- a atribuição dos pontos segue a ordem das opções de resposta para os itens *controle interno* e *causas interacionais*. Deste modo, assinalada a 1ª alternativa (totalmente de acordo), recebe-se 1 ponto; assinalada a 2ª alternativa (de acordo) recebe-se 2 pontos, e assim por diante.

- para os itens *controle externo* e *causa orgânica* a pontuação é inversa à da ordem das opções de resposta. Assim, quem escolhe a alternativa 1 (totalmente de acordo) recebe 5 pontos; quem opta pela alternativa 2 (de acordo) recebe 4 pontos, e assim sucessivamente.

A predominância da crença na organogênese da loucura é indicada por escores altos na MHLO, assim como a crença de que o restabelecimento da saúde mental depende do poder curador do terapeuta é indicado por escores elevados na MHLC.

### Procedimento

A aplicação das escalas foi realizada coletivamente, em ambiente de sala de aula. Os sujeitos foram informados tratar-se de uma pesquisa a respeito de suas crenças sobre a origem e a cura da doença mental, e para tanto deveriam assinalar as alternativas condizentes com elas.

### Resultados

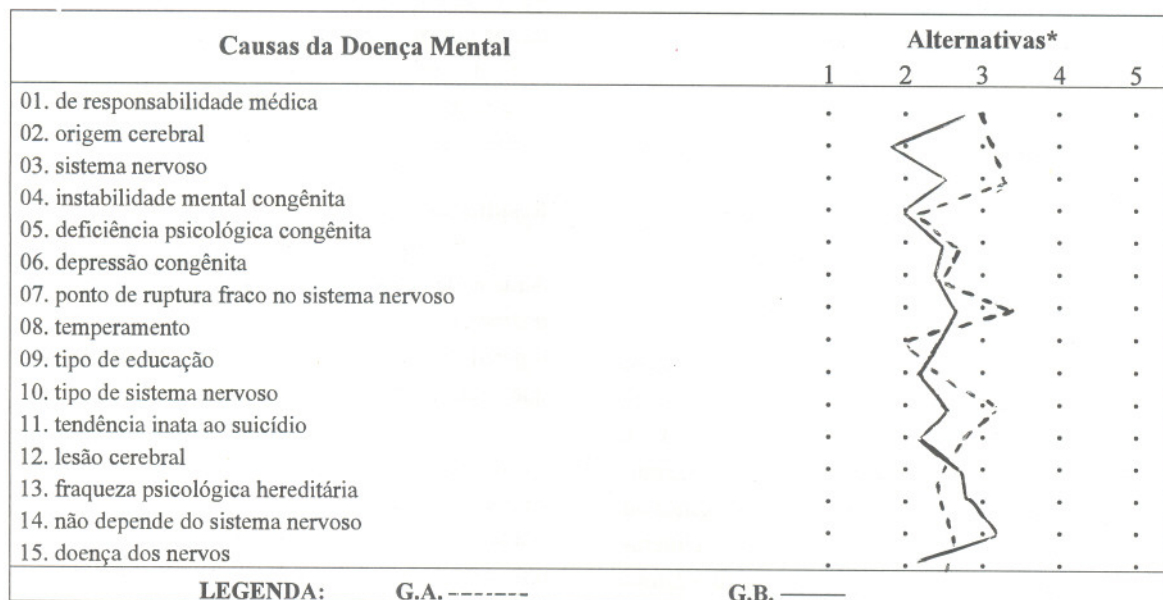
As respostas dadas pelos sujeitos foram ponderadas de acordo com o que foi descrito no item *instrumento*. Esses dados foram usados para compor o perfil de cada um dos grupos nas duas escalas, o que é retrado nas Figs. 01 e 02.

Pode-se observar que os perfis de atribuição de causalidade: Locus de Origem Exógena e Endógena (Fig. 1) para os grupos A e B situam-se predominantemente entre os pontos 2 e 3, mostrando uma semelhança nos escores intergrupos e tendo as respostas concentradas em torno da alternativa que denota dúvida (3), com tendência à atribuição da doença mental a causas exógenas, uma vez que, conforme os escores apresentados pelo Grupo A, dos 15 itens da escala, 12 estão situados abaixo da alternativa 3, e apenas quatro acima dela. No Grupo B, dos 15 itens, 14 estão abaixo de 3 e apenas 1 item acima. Esse único item fala da relação existente entre o sistema nervoso e a predisposição à psicose.

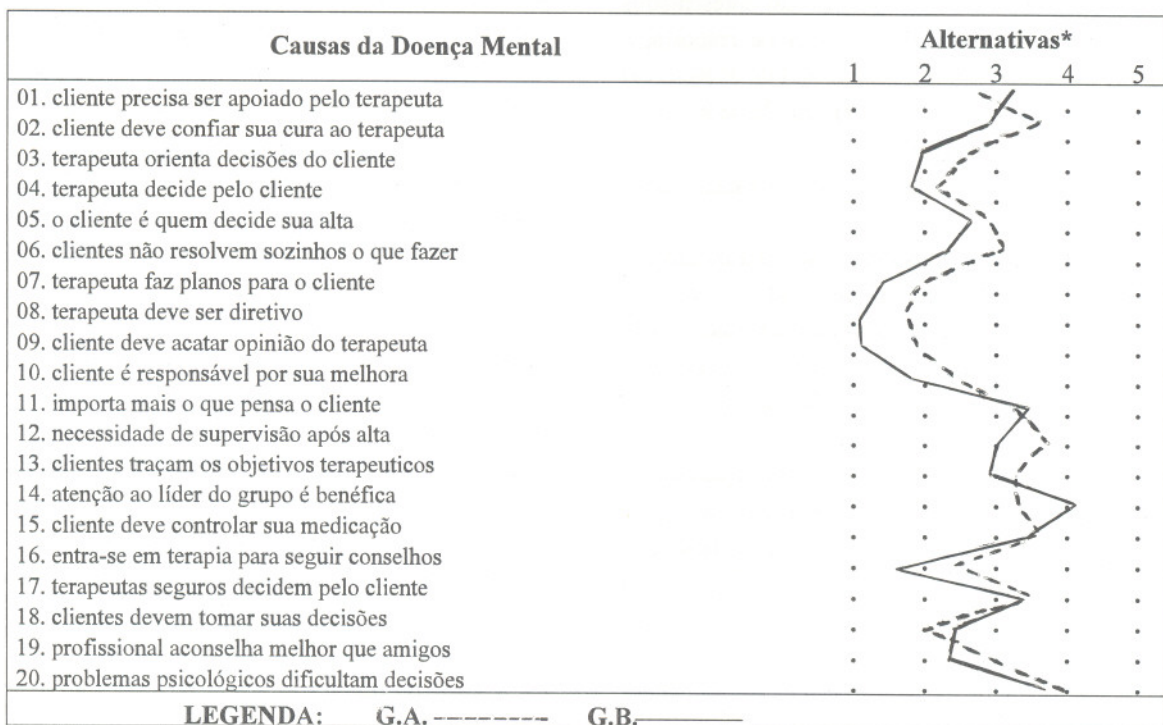
Nos perfis de Atribuição de Causalidade: Locus de Controle Interno e Externo (Fig. 02), os dois grupos aparentam semelhança entre si, situando-se predominantemente entre os pontos 3 e 2, ou seja, pontuações que denotam dúvida. Nota-se, no entanto, uma tendência à internabilidade, uma vez que dentre os 20 itens que compõem esta escala, o Grupo A apresenta 11 abaixo da alternativa 3 e 8 acima dela. O Grupo B apresenta 13 itens abaixo de 3 e apenas 6 acima. O Grupo B, no entanto, apresenta alguns pontos relativamente mais definidos, a saber: no item 14, o qual refere-se à atenção prestada aos líderes na terapia de grupo, os sujeitos aparentam concordância, indicando tendência à externalidade neste item.

Nos itens 7, 8 e 9, que se referem à diretividade do terapeuta na situação clínica, o Grupo B mostra discordância, denotando estarem inclinados a crerem na internalidade. Dessa forma, pode-se verificar que há uma tendência de ambos os grupos

**Figura 01 - Perfil de Atribuição de Causalidade: Locus de Origem Endógena e Exógena para a Doença Mental**



**Figura 02 - Perfil de Atribuição de Controle: Locus de Controle Interno e Externo da Doença Mental**



\* Alternativas: 1. totalmente de acordo                      4. em desacordo  
 2. de acordo    5. totalmente em desacordo  
 3. absolutamente em dúvida



em situar-se nos limites entre a dúvida e a atribuição de origem exógena e controle interno.

A correlação entre os escores dos dois grupos nas duas escalas foi verificada através da prova de "Spearman", tendo sido encontrada uma alta correlação nas duas escalas da ordem de  $r = 0,99$  com  $r_c = 0,43$  na MHLO, e de  $r = 0,99$  com  $r_c = 0,37$  na MHLC (Siegel, 1956).

Tais resultados indicam que não há diferenças significantes entre as opiniões do grupo de alunos ingressantes e o grupo de alunos formandos do curso de psicologia investigados, no que se refere à atribuição de origem e de controle da doença mental. Isso quer dizer que não foram encontradas variações significativas que indicassem que a formação dada pelo curso promova alterações nestas percepções.

## Discussão

A impossibilidade de fornecer respostas mais conclusivas sobre a equação etiológica: "Aspectos biológicos X Aspectos interacionais = Doença Mental" faz parte, ao menos por enquanto, das limitações da própria ciência. Esse fato, entretanto, não representa impedimentos ao desenvolvimento de questões ligadas ao assunto, outrossim, constituiu motivo para a ampliação de estudos sobre o tema em ambas as direções (Térzis, 1984).

Seria presumível que pessoas inclinadas à área de humanas, e mais à psicologia, fossem, como encontrou Mello e Silva (1984), mais adeptas de crenças que refletissem sua escolha profissional, ou seja, que atribuissem os distúrbios mentais predominantemente às formações e conflitos psíquicos adquiridos através dos relacionamentos e vivências.

Entretanto, os resultados aqui encontrados não concorrem com tal pressuposto com a clareza esperada. Indicam antes uma tendência mais próxima da dúvida do que dos pólos exogenia para origem da doença mental e internalidade para a situação terapêutica.

Os resultados comparativos dos dois grupos, sem diferenças significantes (alta correlação), indicam ainda que não é decorrente da formação na graduação em psicologia uma definição ou mudança no sistema de crenças relacionadas à atribuição de origem e controle da doença mental.

Como forma de retroalimentação ao curso de psicologia ao qual se refere, cabe interrogar se estes resultados refletem as posturas e crenças de seu quadro docente, ou se há outras intercorrências na formação do psicólogo.

Por outro lado, o âmbito restrito em que a pesquisa foi desenvolvida conduz à necessidade de que outros trabalhos similares sejam feitos, a fim de que se caracterizem os resultados aqui obtidos como estritamente locais ou comum a outros cursos de psicologia.

Como mencionado anteriormente, nos resultados obtidos por Mello e Silva (1984) os psicólogos estão dentre os profissionais que apresentam atribuição de origem exógena e atribuição de controle interno. Diante dos resultados ora apresentados, fica colocada a interrogação sobre quais fatores estariam influenciando nos resultados, caso seja proposta uma generalização, uma vez que a formação acadêmica não mostra ser determinante neste sistema de crenças.

Uma sugestão que possibilitaria obter respostas a esta questão está na realização de pesquisas que possam verificar se tempo de exercício profissional é uma variável com poder de influência sobre a atribuição de causalidade, já que a formação acadêmica aparentemente não o é.

Finalmente, a propósito dos instrumentos aqui utilizados, tal qual adaptação feita por Mello e Silva (1984), é preciso colocar que uma revisão na direção dos itens seria aconselhável. A escala MHLO-Locus de Origem apresenta treze itens endógenos e apenas dois interacionais. A escala MHLC-Locus de Controle apresenta quatorze itens referentes à externalidade e seis referentes à internalidade. Um equilíbrio entre o número de itens dos instrumentos possivelmente poderá trazer maior coerência interna às escalas e conseqüentemente aos resultados das pesquisas que delas se utilizem. Talvez mesmo lhes dêem maior poder de discriminação entre grupos e situação.

## Conclusão

Pode-se verificar que se a atribuição de causalidade é um processo cognitivo que através da busca da compreensão das causas geradoras dos

fenômenos tem interferência direta nos comportamentos e outras cognições que se relacionam com o fenômeno, a formação em psicologia, em nível de graduação na população estudada, não promove alterações nos alunos no que se refere à sua postura diante da questão da doença mental, ou seja, não há alteração na percepção quanto ao Locus de Origem e de Controle da doença mental.

Entretanto, outros trabalhos neste sentido podem contribuir para uma melhor elucidação de tema, a fim de que conclusões mais definitivas sobre a relação entre as variáveis Atribuição de Causalidade à doença mental e a Formação em Psicologia se tornem mais claras, e assim fornecer aos cursos de graduação dados de retroalimentação sobre a formação de profissionais que vêm realizando.

## Referências

- DELA COLETA, J.A. (1982) *Atribuição de causalidade: teoria e pesquisa*. Rio de Janeiro. Fundação Getúlio Vargas.
- DE VELLIS, R.J., DE VELLIS, B.N., WALLSTON, B.S. & WALLSTON, K.A. (1980) Epilepsy as an analogue of learned helplessness. *Basic and applied social psychology*, 1: 241-253.
- DILLER, L. et. al. (1979) *Demonstration of benefits of early identification of psychosocial problems and early, intervention toward rehabilitation of cancer patients*. National Cancer Institute Contract. n° NO1-CN-551188. Final Report. N.York Univ. Medical Center.
- DUCETTE, J.P. (1974) *Some Thoughts on the current status of locus of control research*. Unpublished manuscript, temple University, Philadelphia, Pennsylvania.
- HEIDER, J. (1970) *Psicologia das relações interpessoais*. São Paulo, Pioneira - Ed. USP.
- HILL, D.J. e BALE, R.M. (1981) Measuring beliefs about where psychological pain originates and who is responsible for its alleviation: two new scales for clinical researches. In: Lefcourt, H.M. *Research with the Locus of Control Construct*, vol 1, New York: Academic-Press.
- KAUFMAN, M. e BLUESTONE, M. (1975) Patient-Terapist: are we free to choose therapy? *Groups*, 6(1), 1-14.
- KINDER, B.N. (1976) *The relationship of pre-therapy self-disclosure the structure of group therapy and locus of control on therapeutic outcome*. Unpublished doctoral dissertation, University of South Carolina.
- LEFCOURT, H.M. (1976) *Locus of control: current trends in theory and research*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- LILIENFELD, D. (1969) Mental health information and moral values of lower class psychiatric clinic patients. *International Journal of Social Psychiatry*. 15: 264-278.
- MEINSTER, M.O. (1974) *The interation of locus of control and type of control and type of therapy in the response to treatment for social anxiety*. Unpublished doctoral dissertation, Rutgers University, New Jersey.
- MELLO E SILVA, L.H.L. (1984) *Atribuição de causalidade e de controle à loucura por diversos profissionais e por religiosos*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas.
- NUNNALLY, J.C. (1961) *Popular conceptions of mental health*. New York, Holt.
- RODRIGUES, A. (1972) *Psicologia social*. 9 ed. Rio de Janeiro, Vozes.
- ROTTER, J.B. (1975) Some problems and misconceptions related to the construct of internal vs. external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.
- SIEGEL, S. (1956) *Nonparametric statistics for the behavioral sciences*. New York, Mc Graw-Hill/Kogakusha.
- SZASZ, T. (s/d) *Ideologia e doença mental: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem*. Trad. José Sanz. 2 ed. Rio de Janeiro, Zahar.
- TÉRZIS, A.I. (1984) Motivos determinantes de desagregação familiar e esquizofrenia. *Estudos de Psicologia*. 1(2) 85-103.