

O auto-conceito

ADRIANO VAZ SERRA (*)

A — O CONSTRUCTO AUTO-CONCEITO

O *auto-conceito* pode ser definido de uma forma simples, como a *percepção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que, devido a isso, forma de si*.

Aceita-se que há quatro tipos de influências que ajudam a construir o auto-conceito.

Uma delas, o modo como as outras pessoas observam um indivíduo.

Neste aspecto admite-se que o ser humano é levado a desenvolver uma espécie de *fenómeno de espelho*, em que *tende a observar-se da maneira como os outros o consideram* (Shrauger e Shoeneman, 1979). Tamayo (1985) ao rever uma série de trabalhos sobre esta matéria salienta que, quando o *feedback* sobre dado indivíduo é controlado de forma experimental, ocorrem mudanças nas auto-descrições das pessoas. Nos estudos revistos por este autor verifica-se que as mudanças são influenciadas pela favorabilidade do *feedback*, pela discrepân-

cia entre o *feedback* e as auto-descrições, pelo consenso dos outros no que respeita ao *feedback* recebido e ainda pelas características da pessoa que emite o *feedback*.

Outra variável, para além da mencionada, diz respeito à noção que o indivíduo guarda do seu desempenho em situações específicas. Pode julgar que se sai bem ou mal ou que é competente ou incompetente.

Uma terceira influência corresponde ao confronto da conduta da pessoa com a dos pares sociais com quem se encontra identificada.

Finalmente, uma outra variável deriva da avaliação de um comportamento específico em função de valores veiculados por grupos normativos.

Nestes dois últimos casos o indivíduo pode considerar que está próximo ou afastado deles, que procede bem ou mal e, devido a isso, sentir-se satisfeito ou insatisfeito.

Todos estes factores ajudam a constituir o *auto-conceito*, que pode adquirir características positivas ou negativas.

*

* *

(*) Professor Catedrático de Psiquiatria da F.M.C.; Director da Clínica Psiquiátrica dos H. U. C.; Professor da Cadeira de Terapêutica do Comportamento da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da U. C.

O *auto-conceito* não é mais do que um *constructo hipotético*, tal como muitos ou-

tros existentes em psicologia. No entanto é útil e necessário.

Wells e Marwell (1976) argumentam que, sendo inferido ou construído a partir de acontecimentos pessoais, tem a vantagem de permitir *descrever*, *explicar* e *predizer* o comportamento humano e fazer uma ideia de como o indivíduo se concebe e considera a si próprio.

Por conseguinte, é um constructo que ajuda a compreender a uniformidade, a consistência e a coerência do comportamento, a formação da identidade pessoal e porque é que se mantêm certos padrões de conduta no desdobrar do tempo. Desempenha, por isso, o papel importante de um *elemento integrador*.

B — OS CONSTITUENTES DO AUTO-CONCEITO

Há várias facetas que estruturam o *auto-conceito*.

Uma delas, as *auto-imagens*.

São o produto das observações em que o indivíduo se constitui o *objecto da própria percepção*.

Uma pessoa, a seu respeito, não tem uma mas sim várias auto-imagens: como *progenitor* ou como *filho*, como *profissional*, como *praticante de dada modalidade desportiva*, como *cônjuge* ou como *especialista em determinada actividade*.

As *auto-imagens* podem ser em número variado. Isto não é importante. O que tem significado é a sua organização hierárquica e o valor atribuído pelo próprio ao que representam.

Um dado indivíduo pode, por exemplo, dar apreço à sua auto-imagem como profissional, que coloca acima de todas as outras.

Uma mulher, pode valorizar particularmente a sua auto-imagem como mãe e situar as restantes em posições subalternas.

Estes casos poder-se-iam multiplicar por muitos mais.

Mas, para além das *auto-imagens*, temos de ter também em conta aspectos diferentes.

Uma outra faceta significativa do *auto-conceito*, provavelmente a de maior realce sob o ponto de vista clínico, é a auto-estima.

Pode ser definida como a *avaliação* que o indivíduo faz das suas *qualidades* ou dos seus *desempenhos*, *virtudes* ou *valor moral*.

Há pessoas de auto-estima alta e, outras, de auto-estima baixa. Aquelas tendem a julgar-se como *competentes* ou *eficazes* naquilo que fazem e, estas últimas, estão dispostas a autodepreciarem-se.

Podemos sintetizar que a auto-estima é o produto dos *juízos* que a pessoa faz *acerca de si própria*, de onde decorrem *atribuições de bom* ou de *mau* feitas a *aspectos considerados relevantes da sua identidade*.

Devido às características assinaladas, a auto-estima encontra-se intimamente associada aos fenómenos de compensação ou de descompensação emocional do indivíduo.

A prática clínica revela que as pessoas de *auto-estima* baixa descompensam com mais facilidade do que as que têm uma *auto-estima* alta.

Para além das facetas mencionadas há outras para as quais é preciso chamar a atenção.

Se pedirmos a um indivíduo que se descreva, numa escala de auto-conceito, tal como habitualmente se considera, estamos a solicitar-lhe que nos dê uma ideia do seu *auto-conceito real*. Mas, em lugar de lhe fazer este pedido, podemos dizer-lhe que nos refira antes, em cada atributo, *como desejaria ser*. Neste caso menciona o seu *auto-conceito ideal*.

O *auto-conceito real* e o *auto-conceito ideal* podem estar próximos ou afastados entre si. Admite-se que a diferença entre os dois é um indicador de *auto-aceitação*. Quanto menor for a diferença, mais este facto sugere que o indivíduo se aceita a si próprio tal e qual é.

Consideremos outras particularidades.

Uma dimensão importante do auto-conceito, relacionada com os seus conteúdos, corresponde às *identidades*.

Gecas (1982) dá-lhes um relevo grande. Considera que reflectem, mais do que qualquer outro aspecto do auto-conceito, o conteúdo e a organização da sociedade.

A estruturação das identidades dos seres humanos tem atravessado, ao longo da história, as mais notáveis variações. O que é apreciado em dada época, logo a seguir é desvirtuado ou, pelo menos, posto em plano secundário.

Zimbardo (1972) chama a atenção para um facto de grande interesse clínico: as *identidades prescritas*.

Quer este autor significar, com tal denominação, a tendência que por vezes há, em certos familiares, de *prescreverem* aos seus filhos ou membros determinadas *identidades*. Estas procuram ir de encontro, não às aptidões reais do rapaz ou da rapariga em causa, mas antes ao desejo de quem exprime ou luta por essa identidade.

Correspondem, nalguns casos, a objectivos não conseguidos anteriormente pelo próprio e que pretendem ser alcançados pelo investimento em determinado elemento da família.

Um pai, que quis ser advogado e que, circunstâncias da vida impediram de o vir a ser, pode *prescrever* a um filho este papel e insistir que se licencie em Direito, independentemente de aptidões e de interesses específicos.

Naturalmente que podem ser referidos muitos mais exemplos.

Mas, o que é importante, é chamar a atenção para o facto de que a *identidade prescrita* pode não ser talhada nem se ajustar à pessoa em causa. Neste caso torna-se uma fonte contínua de desajustamento, de frustração e de transtornos emocionais.

Por fim, para além das particularidades descritas, desejamos ainda referir que o auto-conceito ajuda a organizar o modo como se processa a informação relevante para o indivíduo.

Menciona Markus (1977) que uma pessoa forma esquemas mentais que se tornam gradualmente resistentes à informação que lhes é inconsistente. Há, desta forma, uma tendência para ocorrer um certo *conservadorismo cognitivo*, que organiza as percepções, as memórias, os próprios esquemas de referência, de importância fulcral na formação das identidades significativas para o indivíduo.

Tal facto explica-nos não só a consistência e a coerência do comportamento, ao longo do tempo, como a maneira tendenciosa como cada qual tende a descodificar os estímulos do meio ambiente. Só filtra e dá valor ao que considera relevante e significativo para si

C — OS VARIOS TIPOS DE AUTO-CONCEITO

Referem Shavelson e Bolus (1982) que o *auto-conceito* é organizado e estruturado. Isto é, há uma tendência para que o indivíduo forme categorias relacionadas com a quantidade vasta de informação que sobre si incide.

Para estes autores, o *auto-conceito* é multifacetado, reflectindo cada faceta o sistema de categorias adoptada por um determinado ser humano e/ou compartilhado por um grupo.

De acordo com Shavelson *et al.* (1976) a um *auto-conceito* geral ligam-se diversos tipos de auto-conceitos. Para estes autores podem ser subdivididos em quatro tipos diferentes: auto-conceitos académico, social, emocional e físico.

Cada um deles é significativo em áreas diferentes.

Consideremos agora um outro aspecto.

D — CONSERVADORISMO COGNITIVO E AUTO-CONCEITO

Mencionámos atrás que, segundo Markus (1977) um indivíduo gera certos esquemas mentais organizativos, que influenciam a percepção dos estímulos do meio ambiente. Devido a este facto, como salientámos, a pessoa torna-se gradualmente resistente à informação que é inconsistente, em função de tais esquemas. Assim, a organização das percepções, a formação das memórias, os pontos usuais de referência, a génese da própria identidade passam a ser influenciados por tais factores.

Não é, por isso, indiferente a forma como o indivíduo se percebe a si próprio. Tal facto tem ligado a si esquemas de organização que influenciam a maneira como percebe os acontecimentos e actua.

Um estudo de O'Banion e Arkowitz (1977) é exemplificativo deste ponto de vista.

Os autores seleccionaram dois sub-grupos de mulheres, com ansiedade social alta e baixa.

Qualquer delas tinha de se apresentar a um entrevistador, com o pretensso objectivo de estudar a forma como se comportariam num primeiro encontro.

A qualquer delas foi dado, posteriormente, um *feedback* idêntico, relativo a traços da sua personalidade.

Contudo, o entrevistador comportava-se de duas maneiras estereotipadas, ao acaso, sem atender à ansiedade social da entrevistada.

Numa delas, que procurava representar uma experiência positiva, de êxito, o entrevistador iniciava a conversa, mostrava interesse no que a entrevistada dizia, sorria com frequência e procurava olhar para ela.

No tipo de experiência negativa, exemplificativa de fracasso, o entrevistador só iniciava a conversa passados alguns minutos de interacção, respondia de forma breve às questões da entrevistada, pouco sorria e

actuava de maneira a demonstrar desinteresse e enfado.

A qualquer das raparigas era, no final, dado a conhecer como haviam sido classificadas pelo entrevistador. Algum tempo depois pedia-se-lhes que seleccionassem os adjectivos que pensavam o entrevistador lhes tinha atribuído.

Então os investigadores comprovaram duas ocorrências interessantes.

Uma delas, de que o facto da entrevista ter um cunho positivo ou negativo não tinha influência no tipo de memórias seleccionadas.

Outra, de que as raparigas com ansiedade social alta seleccionavam sobretudo uma informação negativa a seu respeito, ao contrário do que acontecia com as que tinham uma ansiedade social baixa.

Assim, estes factos sugerem que há memórias selectivas. E, neste caso particular, que são geradoras e manutensoras da ansiedade social assinalada.

Ponderemos agora um outro tipo de questão.

E — O AUTO-CONCEITO E A PRÁTICA CLÍNICA

O autoconceito é importante em todas as áreas de funcionamento da pessoa.

Crano e Crano (1984) referem, numa revisão da literatura, o seu papel crucial no desenvolvimento cognitivo, social e académico do indivíduo.

Fitts (1972b) comprovou, sob um ponto de vista clínico, num número vasto de trabalhos, que o auto-conceito é sensível ao bom ou ao mau ajustamento geral da pessoa, aos distúrbios da personalidade, aos transtornos neuróticos ou psicóticos.

Vaz Serra apresentou em 1985 o «Inventário Clínico de Auto-Conceito» (ICAC), que consiste numa pequena escala de tipo Likert, de 20 itens, que procura medir aspectos sociais e emocionais de auto-conceito.

Na metodologia da sua construção verificou-se que tem uma boa validade de constructo, uma boa consistência interna e estabilidade temporal.

Uma análise dos componentes principais, seguida de uma rotação do tipo varimax levou a extrair seis factores, dois dos quais são mistos e, devido a isso, não são usualmente considerados.

Os primeiros 4 factores são representativos de dimensões subjacentes específicas, nomeadamente de *aceitação/rejeição social*, de *auto-eficácia*, de *maturidade psicológica* e de *impulsividade-actividade*.

Estudos diversos têm revelado que o ICAC apresenta correlações negativas e altamente significativas com a ansiedade social, com sentimentos depressivos na população em geral ou com perturbações emocionais em doentes psiquiátricos (Vaz Serra *et al.*, 1986 a, b, c) e com ansiedade, fobia, depressão e somatização, medidas pelo Middlesex Hospital Questionnaire (Mota Cardoso *et al.*, 1986).

Por outro lado verificou-se igualmente que o ICAC apresenta correlações positivas e altamente significativas com expectativas gerais e com as atribuições feitas aos resultados positivos de circunstâncias específicas (Vaz Serra *et al.*, 1986 d, e) bem como com alguns factores do Diferencial Semântico de Osgood (Mota Cardoso *et al.*, 1986) e autoafirmação (Bouça e Fonte, 1986).

Trabalhos mais recentes, feitos com esta escala, revelaram existir uma influência específica das relações com os pais e um bom auto-conceito. Este está dependente de uma boa atmosfera familiar, em geral, e de uma relação positiva com o pai e com a mãe. Além disso, uma relação de tolerância, de compreensão, de ajuda e de incentivo para vencer as dificuldades, por parte de ambos os progenitores, igualmente se relacionam com um bom auto-conceito. Estes factos revelam a importância dos factores de educação na sua génese (Vaz Serra, Firmino e Matos, 1987a).

Por outro lado verificou-se ainda uma correlação muito significativa entre auto-conceito e locus de controlo.

Há uma tendência para o indivíduo com um bom autoconceito atribuir a obtenção de um reforço em dada tarefa ao seu próprio esforço e a não aceitar que o mesmo tenha sido conseguido por influência de outras pessoas mais poderosas ou de circunstâncias de sorte ou de acaso.

Os factores de *aceitação/rejeição social* e de *auto-eficácia* surgiram como as dimensões do ICAC ligadas de forma mais significativa e positiva ao locus de controlo interno, acontecendo o inverso em relação ao locus de controlo externo (Vaz Serra, Firmino e Matos, 1987b).

Estes resultados são abonatórios de duas conclusões.

Por um lado, a validade e a sensibilidade do ICAC em relação a diversos fenómenos psicológicos significativos.

Por outro lado, a relevância do auto-conceito como um indicador importante de um bom ou de um mau ajustamento pessoal.

Tais factos levam-nos a ponderar a utilidade de medidas tendentes a melhorar o auto-conceito de uma pessoa.

Como é que este objectivo pode ser conseguido?

Há tentativas, expressas na literatura, a este propósito.

Algumas vezes não são tidas como estando directamente a intervir sobre o auto-conceito. Mas, de facto, é o que acontece.

Vamos tentar considerar alguns exemplos.

F — TENTATIVAS PARA MELHORAR O AUTO-CONCEITO

Uso do Princípio Premack

O *Princípio Premack* enuncia que *todas as respostas, imediatamente antecedentes a um comportamento emitido com grande frequência, tendem a ficar fixadas.*

Aproveitando-se deste princípio Todd (1972) procurou tratar uma mulher de 49 anos, cronicamente deprimida, que não tinha tido grande recuperação ao longo de três anos de psicoterapia.

O terapeuta, ao pedir à doente que se descrevesse por palavras simples ou através de frases curtas, comprovou que ela só tinha a seu respeito respostas negativas.

Então mencionou-lhe que, se se via a si própria de forma tão depreciativa, não admirava que se mantivesse deprimida. E estabeleceu com ela a necessidade de procurar afirmações positivas que a pudessem descrever.

A enferma conseguiu seleccionar, após uma busca honesta, seis características positivas sobre a sua maneira de ser.

Foram escritas num cartão que foi depois colocado entre o papel celofane e o envólucro do seu maço de tabaco.

O terapeuta referiu-lhe então que, pensar positivamente sobre si, podia ser aumentado desde que aquelas descrições positivas fossem lidas e sentidas sempre que fumasse um cigarro ou fizesse algum outro comportamento que fosse frequente.

Combinaram então que, antes de acender um cigarro, devia ler uma ou duas daquelas afirmações positivas. Quando deitasse o maço fora, este devia ser colocado numa folha de papel com as suas qualidades positivas escritas em letras grandes. Sempre que se lembrasse de mais características positivas, estas deviam ser acrescentadas à lista existente.

Ao fim de uma semana a lista subiu para oito descrições positivas.

Após outra semana a doente referiu que começava a andar menos deprimida, principiando a estar com um estado de ânimo que já não sentia há anos. Revelou também que agora os sentimentos positivos lhe começavam já a aparecer espontaneamente na cabeça, mesmo sem os associar ao hábito de fumar.

Nesta altura o autor decidiu envolver a doente num plano de terapia comportamental que veio a corresponder a 35 sessões individuais e a 6 sessões com o marido, conseguindo recuperar completamente da sua depressão e manter-se bem ao longo de um seguimento de 3 anos.

Foi considerado pelo terapeuta que a utilização do *Princípio Premack* e a modificação da forma *como a doente se via a si própria* se tornou crucial para o avanço clínico.

A Auto-Imagem Idealizada

O treino da *Auto-Imagem Idealizada (AII)* foi criado com o intuito de propiciar uma *identidade mais positiva e melhorar a auto-estima*. Pode ser igualmente útil para *facilitar uma maior autonomia em personalidades dependentes*.

Refere Susskind (1970) que muitas pessoas, devido às experiências da própria vida, aprendem apenas a esperar *fracasso e rejeição*, estando particularmente atentas às suas inadequações e erros.

Estes factos fazem-nas cair num ciclo vicioso em que, a fraca opinião que têm a seu respeito, as leva a evitar envolverem-se em quaisquer situações de desafio, que lhes possam prover um sentido de competência.

O uso da *AII* pode ajudá-las a resolver as suas dificuldades.

Como se procede?

Segundo Susskind o processo decorre percorrendo cinco degraus diferentes.

Inicialmente, de olhos fechados e de uma forma relaxada, o indivíduo deve imaginar-se como tendo todas as características, traços e qualidades que gostaria de possuir.

No degrau seguinte, deve seleccionar uma *AII* que efectivamente possa alcançar num curto espaço de tempo, que tenha as características que deseja obter, considerando sobretudo o problema em que esteja

envolvido. Nesta altura, o terapeuta sugere ao indivíduo que sobreponha a *AII* à sua imagem real e veja a forma como gradualmente esta se expande. Neste ponto o doente não se deve considerar a actuar passivamente, mas sim de uma forma activa e participativa. Isto é, deve imaginar-se estar de facto a procurar atingir os seus objectivos.

No terceiro degrau deste processo o indivíduo deve lembrar uma situação autêntica em que de facto se tenha saído bastante bem e com um sentimento de êxito ou de realização.

No passo seguinte, a pessoa deve ser encorajada a expandir os sentimentos de êxito e de realização a qualquer problema presente e a planear o que vai fazer no futuro. Deve considerar os seus fracassos passados como um simples *senal de paragem* e como alguma coisa que o fez aprender algo de novo e se tornou um incentivo para desenvolver novas tácticas.

No quinto degrau o terapeuta encoraja o doente a usar a *AII*, que foi criada, em situações reais: desde o simples caminhar na rua, no trabalho ou nas ocasiões sociais. Deve pedir-lhe que *actue, sinta e se relacione* de acordo com a sua *AII*. Faz-lhe compreender que, da forma como se vir a si mesmo, é que igualmente os outros o perceberão. E que *dessa percepção de si próprio é que vai decorrer a maneira como passa a actuar, a sentir ou a relacionar-se com os outros*.

Lazarus (1984) igualmente aconselha o uso da *AII* como uma maneira fácil de melhorar a auto-estima e o sentimento de competência individual, citando exemplos clínicos em que se comprova a eficácia do seu uso.

A defesa da auto-estima

Zimbardo (1972) preconiza quinze medidas que ajudam a defender a auto-estima.

Eis algumas delas, preconizadas por aquele autor:

— Reconheça os seus *pontos fortes e fraços* e, nos seus objectivos, não proceda ao acaso, mas sim de acordo com eles.

— Faça um *inventário de todas as personagens que tem guardadas dentro de si e actualize-as*, de acordo com o espaço psicológico em que de momento se encontra, de forma a poder chegar onde quer.

— Não procure as causas do seu comportamento em *deficiências da sua personalidade*, mas sim em aspectos físicos, sociais, económicos ou políticos.

— Nunca diga coisas irreversíveis e negativas a seu respeito, tais como «sou um estúpido», «sou feia», «sou um fracassado» ou «não tenho solução».

— Não tolere pessoas, empregos ou situações que o façam sentir-se inapto. Se não os puder modificar em seu proveito, evite-os ou afaste-se deles definitivamente.

— Estabeleça objectivos a longo prazo para a sua vida, subdividindo-os em tarefas muito específicas, de curto prazo.

Embora não estejam descritas as quinze medidas que Zimbardo aconselha, há alguns aspectos que o autor tenta promover. Entre eles, o facto de qualquer indivíduo *ter o direito* de ser como é, de evitar circunstâncias que o firam e igualmente os processos de avaliação depreciativa que se centrem na sua pessoa em lugar de ser nos acontecimentos.

Seleccionar e promover pontos fortes

Zimbardo (1972) igualmente preconiza dois métodos que podem ajudar a melhorar a auto-estima e, com isso, o auto-conceito do indivíduo.

Um deles pedir a um amigo íntimo e de longa data que faça uma lista de aspectos que realmente aprecia em si. Depois apren-

der a aceitar elogios que lhe dirijam sobre estes pontos e ser capaz de saborear os sentimentos positivos que os elogios podem suscitar.

Finalmente aprender a reconhecer também os aspectos positivos dos outros e passar a elogiá-los, adequada e contingentemente, nas pequenas coisas do dia-a-dia.

Um outro método também aconselhado consiste em solicitar à pessoa que se lembre de todos os aspectos, mesmo triviais, em que saiba que se sai bem. De seguida deve escrevê-los e colocá-los em sítio bem visível, de forma a todos os dias serem lembrados e promovidos por si.

Pôr os outros em causa

É conhecido que os doentes com perturbações emocionais frequentemente se culpabilizam e autodepreciam. Vivem predispostos a infligir diariamente grandes perdas à sua auto-estima, a colocarem-se a si próprios em causa, em lugar de questionarem os outros.

Devido a estas particularidades, Zimbardo (1972) aconselha um método em que a pessoa pode aprender a colocar os outros em questão.

Solicita ao indivíduo, que tem dificuldades inter-pessoais, que faça repetidas vezes o exercício que vai ser descrito.

Arranja duas cadeiras e coloca uma em frente da outra.

Senta-se numa delas e imagina que na outra está sentado alguém que o faz sentir-se mal ou inferiorizado. Então deve dar largas aos seus sentimentos e gritar, berrar ou manifestar à outra suposta pessoa todo o mal que ela lhe tem feito e a maneira com a faz sentir, responsabilizando-a pelos seus problemas.

Depois, o mesmo autor preconiza que o indivíduo em causa troque de cadeira e tente desempenhar o papel que a outra pessoa possivelmente faria.

Novamente troca de lugar, ocupa a sua cadeira e tenta responder.

Tenta assim dar azo à consciencialização e libertação dos sentimentos mais íntimos e a melhorar a sua capacidade de auto-afirmação.

Estabelecer objectivos

É frequente as pessoas com perturbações emocionais deixarem-se interferir pelos acontecimentos da vida e permitirem que a mesma se atraze, deixando ficar para segundo lugar uma data de objectivos desejáveis.

A realização de objectivos é importante.

É que saber criar e dar continuidade aos objectivos pessoais ajuda o indivíduo a sentir-se competente, a ganhar confiança em si e a melhorar com isso o seu auto-conceito.

A primeira atitude a tomar sob este aspecto, refere Zimbardo (1972) é, antes de tudo, *decidir* o que o indivíduo pretende.

Recapitulando a sua vida a pessoa deve começar a saber escolher objectivos realistas e com probabilidade de poderem ser alcançados num prazo relativamente curto como, por exemplo, um mês.

Uma vez seleccionados devem ser registados.

Por exemplo:

- Tratar de pôr em ordem um seguro antigo que é preciso corrigir.
- Arranjar alguém para vir tratar da canalização da casa.
- Fazer um programa concreto para o estudo de cada Cadeira.
- Pôr em ordem os elementos para elaborar um relatório que já devia estar feito.
- Etc.

De seguida o indivíduo deve esquematizar os planos de acção para cada um dos

objectivos: o que tem de ser feito em primeiro lugar, o que vai ser executado em segundo ou em terceiro lugar.

Após este aspecto preliminar, a quando da realização efectiva, deverá ir riscando cada etapa que for cumprindo e atribuir-se a si próprio uma recompensa específica e apreciada por cada sub-etapa que for alcançando (ir ver determinado filme, ler um livro que aprecie, visitar uma pessoa amiga ou outra actividade qualquer, ditada por gostos pessoais). Ao mesmo tempo terá de aprender a saborear o próprio mérito e passar a dizer a si mesmo que se saiu bem.

Os objectivos seleccionados podem não ter viabilidade de serem executados todos ao mesmo tempo. Podem criar a necessidade de serem hierarquizados.

Neste caso, quando o primeiro estiver cumprido, deve entrar em execução o segundo e assim sucessivamente.

Arnold Lazarus (1984) assinala, a este respeito, as facilidades que podem ser conseguidas na prossecução de objectivos através do *ensaio em imaginação*.

Segundo este cientista, a concretização do objectivo, as alternativas de solução, a esquematização de respostas a dar a terceiros, tudo pode ser ensaiado previamente em imaginação e facilitar a obtenção dos resultados.

E a este propósito refere a utilidade que tal método consegue ter na melhoria do comportamento auto-afirmativo, no desempenho de provas atléticas, na conduta em palco, nas disfunções sexuais e ainda noutras ocorrências.

G — COMENTARIO FINAL

Fitts (1972a) menciona que o *auto-conceito* tem o condão de capturar e condensar motivos, necessidades, atitudes, valores e traços de personalidade. Por isso, segundo este autor, torna-se uma variável ao mesmo

tempo central e simples, relacionada com muitas outras, com que podemos lidar.

A análise das suas relações e as consequências de um *auto-conceito* pobre, fazem-nos deduzir que, em condições de *stress*, provavelmente, na maior parte dos casos, o que é importante não é a situação em si. Mas antes a pessoa que nela está, *a avalia e se avalia*.

É, por tudo quanto esboçámos, um constructo crucial para a compreensão de numerosos fenómenos psicopatológicos, de forma mais evidente os transtornos emocionais.

Estes factos fazem com que prestemos atenção ao *auto-conceito* e aos esforços que levem à sua melhoria.

Ao conseguir realizá-lo estamos, sem dúvida, a contribuir para uma melhor saúde mental do indivíduo.

RESUMO

O *auto-conceito* pode ser definido como a percepção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que, devido a isso, forma de si.

É um constructo que ajuda a compreender aspectos importantes do comportamento humano, como a uniformidade, a consciência e a coerência da conduta observável, a noção de identidade e a manutenção de certos estereótipos de acção na continuidade do tempo.

O *auto-conceito* pode ser classificado em diversos tipos, como os *auto-conceitos* académico, emocional, social ou físico. Cada qual liga-se a aspectos diferentes do comportamento humano.

Entre os constituintes intrínsecos do *auto-conceito* realça-se a *auto-estima*. Esta deriva dos processos de avaliação que o indivíduo faz das suas qualidades, desempenhos ou virtudes. Ocupa, por isso, um lugar proeminente na compreensão e na explicação dos transtornos emocionais.

O *auto-conceito* desempenha, assim, um papel significativo em diversos contextos, particularmente na prática clínica. Encontra-se intimamente relacionado não só com outros conceitos psicológicos relevantes, como com numerosos fenómenos de natureza psicopatológica.

No presente artigo é dada uma noção destes aspectos, bem como de algumas tentativas, dispersas pela literatura, para melhorar o *autoconceito* do indivíduo.

BIBLIOGRAFIA

- BOUÇA, J., e FONTE, A. (1986) — Assertividade e autoconceito — trabalho apresentado no I Encontro Ibérico de Terapia Comportamental, 20-23 de Novembro de 1986, Porto (Portugal).
- CRANO, S. L., e CRANO, W. D. (1984) — Development of Portuguese and Spanish-Language Measures of Self-Concept, *Revista Interamericana de Psicologia*, 18 (1 & 2): 1-19.
- FITTS, W. H. (1972a) — The self-concept and performance — Monograph, National Technical Information Service, U. S. A.
- FITTS, W. H. (1972b) — The self-concept and psychopathology — Monograph, National Technical Information Service, U. S. A.
- GECAS, V. (1982) — The self-concept, *Ann. Rev. Sociol.*, 8: 1-33.
- LAZARUS, A. (1984) — In the Mind's Eye (The Power of Imagery for Personal Enrichment), The Guilford Press, New York, London.
- MOTA CARDOSO, R.; MOURA, L.; PAIS, A. B.; e VERÍSSIMO, R. F. B. (1986) — O Autoconceito e as Perturbações Psicopatológicas de Nível Neurótico, *Psiquiatria Clínica*, 7 (3): 189-193.
- MOTA CARDOSO, R.; VERÍSSIMO, R. F. B.; e MOURA, L. (1986) — O Inventário Clínico de Autoconceito de Vaz Serra e o Diferenciador Semântico de Osgood, *Psiquiatria Clínica*, 7 (4): 273-284.
- O'BANION, K., e ARKOWITZ, H. (1977) — Social anxiety and selective memory for affective information about the self, *Social Behavior and Personality*, 5 (2): 321-328.
- SHAVELSON, R. J.; HUBNER, J. J., e STANTON, J. C. (1976) — Self-concept: Validation of construct interpretations, *Review of Educational Research*, 46: 407-441.
- SHAVELSON, R. J., e BOLUS, R. (1982) — Self-concept: the inter-play of theory and methods, *J. Education. Psychol.*, 74 (1): 3-17.
- SHRAUGER, J. S., e SCHOENEMAN, T. J. (1979) — Symbolic Interactionist view of self-concept: through the looking glass darkly, *Psychological Bulletin*, 86 (3): 549-573.
- SUSSKIND, D. J. (1970) — The Idealized Self-Image (ISI): A New Technique in Confidence Training, *Behavior Therapy*, 1: 538-541.
- TAMAYO, A. (1985) — Relação entre o autoconceito e a avaliação percebida de um parceiro significativo, *Arq. Bras. Psic.*, 37 (1): 88-96.
- TODD, F. J. (1972) — Coverant Control of Self-Evaluative Responses in the Treatment of Depression: A New Use for an Old Principle *Behavior Therapy*, 3: 91-94.
- VAZ SERRA, A. (1986) — A importância do autoconceito, *Psiquiatria Clínica*, 7 (2): 57-66.
- VAZ SERRA, A. (1986) — O «Inventário Clínico de Auto-Conceito», *Psiquiatria Clínica*, 7 (2): 67-84.
- VAZ SERRA, A.; ANTUNES, R.; e FIRMINO, H. (1986) — Relação entre autoconceito e expectativas, *Psiquiatria Clínica*, 7 (2): 85-90.
- VAZ SERRA, A., e FIRMINO, H. (1986) — O autoconceito nos doentes com perturbações emocionais, *Psiquiatria Clínica*, 7 (2): 91-96.
- VAZ SERRA, A.; MATOS, A. P.; e GONÇALVES, S. (1986) — Autoconceito e sintomas depressivos na população em geral, *Psiquiatria Clínica*, 7 (2): 97-101.
- VAZ SERRA, A., GONÇALVES, S.; e FIRMINO, H. (1986) — Autoconceito e ansiedade social, *Psiquiatria Clínica*, 7 (2): 103-108.
- VAZ SERRA, A.; GOUVEIA, J. P.; MATOS, A. P.; FONSECA, L.; e ROBALO, M. (1986) — Self-concept and attribution: some facts of its relationship. Trabalho apresentado como um poster no 16th. Congress of EABT.
- VAZ SERRA, A.; FIRMINO, H.; e MATOS, A. P. (1987) — Influência das relações pais-filhos no autoconceito, *Psiquiatria Clínica*, 8 (3): 137-141.
- VAZ SERRA, A.; FIRMINO, H.; e MATOS, A. P. (1987) — Autoconceito e locus de controlo, *Psiquiatria Clínica*, 8 (3): 143-146.
- WELLS, L. E., e MARWELL, G. (1976) — Self-Esteem: its conceptualization and measurement, Vol. 20, Sage Library of Social Research, Sage Publications.
- ZIMBARDO, P. G. (1972) — *A Timidez*, Edições 70.