



Sandra Marisa Pereira Abreu

**CONFIGURAÇÃO EMOCIONAL E TOMADA DE DECISÃO EM PACIENTES
DEPRESSIVOS COM E SEM TENTATIVA DE SUICÍDIO.**

Dissertação de Mestrado em Neuropsicologia Clínica

2013

Sandra Marisa Pereira Abreu

**CONFIGURAÇÃO EMOCIONAL E TOMADA DE DECISÃO EM PACIENTE
DEPRESSIVOS COM E SEM TENTATIVA DE SUICÍDIO.**

Dissertação apresentada no Instituto Superior de
Ciências da Saúde - Norte, para obtenção do grau
de Mestre em Neuropsicologia Clínica:

Orientador:

Professor Doutor Luís Manuel Coelho Monteiro:
Professor Auxiliar. Convidado do Instituto
Superior de Ciências Da Saúde - Norte

Prefácio

Este trabalho pretende avaliar a configuração emocional e a capacidade de emoção em pacientes com depressão e pacientes com depressão e tentativa de suicídio. Para tal, utilizou-se o Iowa Gambling Task (IGT), a Escala de Emoções Sensações e Cognições (EESC96) e um filme de conteúdo tristeza. Juntamente com o Wisconsin Card Sorting Test (WCST), com o Inventário de Depressão de Beck (BDI), com o Inventário de Ideação Suicida de Beck (BSI) e com o Mini-Mental State Examination (MMSE) foram aplicados a uma amostra portuguesa entre os 23 e os 56 anos de idade, com vista a uma melhor compreensão do tão perigoso e complexo comportamento suicida.

Após finalização, este trabalho será submetido para publicação na revista científica *Psicologia Saúde & Doenças* dedicada à publicação de artigos com temas baseados na relação entre o Comportamento e a Saúde e as Doenças.

Configuração Emocional e Tomada de Decisão, em Pacientes Depressivos com e sem Tentativa de Suicídio

Resumo

O objectivo deste estudo foi o de investigar se existem diferenças a nível de reactividade emocional bem como, na capacidade de decisão entre pacientes depressivos e pacientes depressivos com tentativa de suicídio.

Método: 30 pacientes com depressão e tentativa de suicídio (M idades = 41.13 e DP = 7.76) e 30 pacientes com depressão sem tentativa de suicídio (M idades = 48,20 e DP = 6.02) de ambos os géneros foram avaliados pelo Mini-Mental State Examination (MMST), Wisconsin Card Sorting Test (WCST), Iowa Gambling Task (IGT) e Beck Depression Inventory (BDI). Os participantes observaram também um filme de conteúdo tristeza e seguidamente preencheram a Escala de Emoções, Sensações e Cognições (EESC96) resultante da versão modificada da Differential Emotion Scale desenvolvida por Izard (Queirós, 1997). Ao grupo de depressão com tentativa de suicídio aplicou-se também o Beck Suicide Inventory (BSI) para fins de exclusão/inclusão na amostra.

Resultados: Os resultados revelam que pacientes com depressão e tentativa de suicídio apresentam um maior loading emocional e maiores défices na capacidade de decisão em comparação com o grupo de pacientes com depressão sem tentativa de suicídio.

Palavras Chave: Tentativa de suicídio, Tomada de decisão, Emoções, Depressão

Abstract

The objective of this study was to investigate whether there are differences in emotional reactivity as well as the ability to decide between depressed patients and depressed patients with suicide attempt.

Methods: 30 patients with depression and suicide attempt (M age = 41.13, SD = 7.76) and 30 depressed patients without suicide attempt (M age = 48.20, SD = 6.02) of both sexes were assessed by the Mini-mental State Examination (MMST), Wisconsin Card Sorting Test (WCST), Iowa Gambling Task (IGT) and Beck Depression Inventory (BDI). Participants also noted film content sadness and subsequently completed a range of emotions resulting from the modified version of Differential Emotion Scale developed by Izard (Monteiro, 2004). At the group with depression attempt suicide also applied the Beck Suicide Inventory (BSI) for purposes of exclusion / inclusion in the sample.

Results: The results show that patients with depression and attempted suicide have a higher loading emotional and larger deficits in decision-making capacity in comparison with the group of depressed patients without suicide attempt.

Keywords: Attempted suicide, Decision Making, Emotions, Depression

Introdução

O suicídio é considerado um problema de saúde pública na maioria dos países ocidentais (Meneghel, Gutierrez, Silva, Grubitis, Hesler, Ceccon, 2012). Dados provenientes da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que por ano cerca de 1 milhão de pessoas morrem por suicídio. O que representa uma morte por minuto e cerca

de 3 mil mortes por dia, sendo assim constituído como a terceira causa de morte na faixa etária dos 15 aos 24 anos de idade (OMS, 2009).

Verifica-se assim, uma necessidade urgente de aumentar o conhecimento existente face ao desenvolvimento deste comportamento, de forma a serem criadas e implementadas medidas de prevenção. Uma vez que, as estratégias de prevenção actualmente em vigor, baseiam-se na avaliação de algumas vulnerabilidades, embora se saiba que, isoladamente nenhuma dessas vulnerabilidades apresenta um suficiente valor preditivo (Moraes, 2011).

Investigações realizadas nesta área têm identificado alguns factores de risco que incluem: a presença de distúrbios psiquiátricos (Mann, 1998; Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999; Santos, Lovisi, Legay & Abelha, 2009; Nock, Hwang, Sampson & Kessler, 2010), alta reactividade emocional (Nock, Wedig, Holmberg & Hooley, 2008), inflexibilidade cognitiva (Neuringer, 1964; Jollant, Bellivier, Leboyer, Astruc, Torres, Verdier, Castelnau, Malafosse, Courter, 2005), disfunção frontal (King, Conwell, Cox, Henderson, Denning, Caine, 2000), impulsividade (Moraes, 2011) e défices na capacidade de decisão (Jollant, et al., 2007).

No entanto, o suicídio é um acto complexo, não podendo ser associado a nenhum destes factores isoladamente, considerando-se a interacção de tais factores capaz de melhor explicar a ocorrência deste perigoso comportamento (Dour, Cha & Nock, 2011).

No que concerne ao tema em estudo, mais de 90% das vítimas de suicídio apresentam um distúrbio psiquiátrico (Mann, 1998), destacando-se a depressão, como a principal causa (OMS, 2000), sendo que abrange 30% dos casos de suicídio relatados a nível mundial (Vieira & Coutinho, 2008).

Contudo, a maioria dos pacientes psiquiátricos não cometem suicídio, o que sugere que apesar de o distúrbio psiquiátrico geralmente ser uma condição necessária, não o é isoladamente (Mann et. al, 1999). Pelo que, será necessário proceder-se à análise de múltiplos factores, de forma a determinar o risco de um paciente psiquiátrico cometer uma tentativa de suicídio.

Desta forma, e tendo por base que o suicídio é um acto complexo, o principal objectivo deste estudo é o de perceber se pacientes depressivos com tentativa de suicídio apresentam uma maior reactividade emocional bem como, maior prejuízo na capacidade de tomada de decisão, do que pacientes depressivos sem tentativa de suicídio. Para tal, serão comparados dois grupos, um dos grupos engloba pacientes com diagnóstico de quadro depressivo e o outro é constituído por pacientes que apresentam quadro depressivo e tentativa de suicídio.

Assim, a hipótese em estudo foi testada, recorrendo ao Iowa Gambling Task, teste que avalia a tomada de decisão e à Escala de Emoções, Sensações e Cognições (EESC96) resultante da versão modificada da Differential Emotion Scale desenvolvida por Izard (Queirós, 1997).

Método

Participantes

Este estudo contou com a colaboração de 60 participantes de ambos os géneros alocados em dois grupos, Depressão com Tentativa de Suicídio (GDCTS) e Depressão sem Tentativa de Suicídio (GDSTS).

O GDCTS foi constituído por 30 participantes com idades compreendidas entre os 23 e os 56 anos ($M = 41.13$, $DP = 7.76$). Sendo que 26 (86.7%) pertenciam ao sexo feminino e 4 (13.3%) pertenciam ao sexo masculino.

Por sua vez, o GDSTS foi também constituído por 30 participantes com idades compreendidas entre 32 e os 57 anos ($M = 48,20$ e $DP = 6.02$), de entre os quais, 27 (90%) pertenciam ao sexo feminino e 3 (10%) pertenciam ao sexo masculino.

A recolha de dados realizou-se no Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E., Guimarães, após relatório favorável da Comissão de Ética para a realização da avaliação.

Foram definidos critérios de inclusão e de exclusão para ambos os grupos, sendo que no GDCTS foram incluídos pacientes diagnosticados com depressão e com história de pelo menos uma tentativa de suicídio, excluindo-se todos os sujeitos que apresentassem outros tipos de perturbações psiquiátricas ou neurológicas bem como, todos os que apresentassem história de consumo problemático de drogas ou álcool.

No GDSTS incluíram-se pacientes com diagnóstico de depressão, excluindo-se todos os que apresentassem outro tipo de perturbações psiquiátricas ou neurológicas, assim como, história de tentativa de suicídio e consumo problemático de álcool e drogas.

Materiais

Iowa Gambling Task (IGT): Para avaliar a tomada de decisão foi utilizada uma versão computadorizada do IGT retirada do PEBL. Este teste foi desenvolvido por Bechara, Damásio, Tranel e Anderson (1994) para avaliar e quantificar defeitos na capacidade de decisão por simulação de decisões da vida real em condições de recompensa, punição e incerteza (Bechara, Damásio, Tranel, & Damásio, 2005).

A tarefa contempla a escolha de cartas de quatro baralhos distintos no decorrer de 100 jogadas. Cada baralho apresenta um esquema fixo de recompensa/punição, permitindo ao participante através de aprendizagem, inferir quais os baralhos mais e menos vantajosos com base no risco e lucratividade envolvido (Bakos, 2008).

Utilizou-se um filme de conteúdo tristeza, utilizando cenas extraídas da película *The Champ* (1979 de F. Maron e W. Newman), empiricamente validado para induzir tristeza (Rottenberg, Ray & Gross, 2007).

Escala de Emoções, Sensações e Cognições (EESC96): Para a recolha dos dados emocionais utilizou-se a (EESC96), uma versão modificada da Differential Emotion Scale desenvolvida por Izard (Queirós, 1997). Esta escala avalia as onze emoções primárias (interesse, alegria, surpresa, cólera, angústia, nojo, desprezo, medo, vergonha, tristeza e culpa) numa intensidade que varia entre zero e cinco (0= ausência, 5= vivencia emocional intensa) (Queirós, 1997). Desta forma, esta escala permite a caracterização do tipo de emoções vivenciadas, bem como a intensidade com que foram experimentadas (Monteiro, 2004).

Para cada emoção, apresentam-se ainda três termos sinónimos com o objectivo de facilitar a compreensão do sujeito relativamente ao significado da emoção indicada (Monteiro, 2004).

Wisconsin Card Sorting Test (WCST): Foi desenvolvido por Grant e Berg (1948) (Anderson, Damasio, Jones, & Tranel, 1991). Este teste foi administrado, com objectivo de verificar se existiam diferenças a nível de funcionamento executivo entre os grupos.

É composto por quatro cartas-modelo e 128 cartas-estímulo, cada uma delas apresentando figuras que variam segundo três parâmetros: cor, forma e número. A tarefa envolve a ordenação de cartas, com base em regras que se alteram periodicamente, sendo que durante a sua execução os participantes procuram ordenar as cartas de acordo com um critério que desconhecem e que deve ser inferido através do feedback dado pelo avaliador. Diz-se apenas ao participante que deve associar cada uma das cartas-estímulo, a uma das quatro cartas-modelo, posicionando-a logo abaixo. O indivíduo será

informado apenas se a associação foi correcta ou errada, antes de retirar a próxima carta (Strauss, Sherman, & Spreen, 2006).

Mini-Mental State Examination (MMSE): Este teste foi desenvolvido por Folstein et. al (1975). Neste estudo, utilizou-se a versão portuguesa validada por Guerreiro e col. (1994) (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009), que se encontra dividida em duas partes: a primeira exige unicamente respostas vocais e abrange a avaliação da capacidade de orientação, memória e atenção; a segunda parte do teste avalia a capacidade de nomeação, seguir comandos verbais e escritos, escrita espontânea e capacidade construtiva (Folstein, Folstein & McHugh, 1975).

Sendo uma medida rápida e fácil de avaliação do funcionamento cognitivo (Kang & Hahn, 1997), foi utilizado como estratégia de controlo de eventuais défices cognitivos.

Inventário de Depressão de Beck (BDI): Este inventário foi desenvolvido por Beck (1961), com o objectivo de avaliar a intensidade da depressão. Neste estudo utilizou-se a versão portuguesa, validada por Vaz-Serra e Pio Abreu em 1973 (Moniz, 2007), constituído por 21 itens de escolha múltipla, todos eles relacionados com sintomatologia depressiva (Beck & Alford, 2009).

Este teste foi utilizado como estratégia de controlo, objectivando garantir a presença de quadro depressivo moderado a grave nos participantes.

Inventário de Ideação Suicida de Beck (BSI): Esta escala desenvolvida por Beck e Steer (1991) avalia a intensidade da ideação suicida (Pinto, 2011). Utilizou-se a versão portuguesa, traduzida e adaptada por Cunha (2001) (Pinto, 2011). É composta por 21 itens, variando a intensidade entre 0 a 2. Sendo que, os primeiros 19 itens encontram-se mais direccionados para a avaliação da ideação suicida, enquanto os itens 20 e 21 pretendem identificar o número de tentativas de suicídio anteriores (Pinto, 2011).

Este teste foi utilizado unicamente para fins de inclusão e exclusão da amostra.

Procedimento

A amostra foi recolhida no Centro Hospitalar do Alto Ave, local onde foi realizada a avaliação neuropsicológica após a emissão de um relatório favorável por parte da Comissão de Ética deste Hospital, relativamente à realização do estudo.

Subsequentemente estabeleceu-se o primeiro contacto com cada participante, sendo-lhes solicitado consentimento para a recolha de dados, garantindo-lhes anonimato e confidencialidade.

Desta forma, após obtenção do consentimento, começou por se administrar a BDI, como estratégia de controlo do grau de depressão. Seguidamente, aplicou-se o MMSE para controlo da presença de défices cognitivos e o WCST para comparação do funcionamento executivo entre os grupos. Administrou-se também o IGT para comparação da capacidade de tomada de decisão entre grupos, e por último, os participantes assistiram a um filme de conteúdo triste tendo seguidamente preenchido a EESC96, na qual lhes foi solicitado que indicassem a intensidade das emoções experimentadas.

Para a apresentação do estímulo visual, utilizou-se um computador posicionado em frente ao participante, a uma distância de cerca de um metro, tendo sido dada a seguinte instrução aos participantes: vou-lhe pedir que observe com atenção um pequeno filme no computador, com a duração de 2 minutos e 51 segundos. No final do filme vou-lhe entregar um questionário para preencher, anónimo e confidencial, no qual deve indicar a intensidade das emoções que experimentou. Se tiver alguma dúvida no preenchimento do questionário deve perguntar e pode demorar o tempo que for necessário.

Aos pacientes do GDCTS, aplicou-se também a BSI para fins de inclusão/exclusão na amostra.

Todos estes instrumentos foram administrados transversalmente, com duração de duas sessões de aproximadamente uma hora.

Análise e Tratamento de Dados

A análise estatística foi realizada utilizando o programa informático de análise de dados SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 21.

Para a caracterização das variáveis sociodemográficas foram utilizados procedimentos de análise descritiva, designadamente medidas de tendência central e de dispersão (média e desvio padrão). Posteriormente, a comparação dos resultados obtidos nos testes neuropsicológicos pelo GDCTS e pelo GDSTS foi realizada recorrendo ao *Test t de Student* para amostras independentes. Diferenças com $p \leq .05$ foram consideradas significativas.

Resultados

Iowa Gambling Task

No IGT verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, em todas as dimensões avaliadas, à exceção da dimensão penalização.

Desta forma, para a variável Baralho 1 verifica-se que o GDSTS apresenta resultados ($M = 13.77$ e $DP = 4.81$) significativamente inferiores, $t(56.19) = 4.52$ e $p < .001$, 95% IC [3.45, 8.95], aos resultados obtidos pelo GDCTS ($M = 19.97$ e $DP = 5.77$). Também na variável Baralho 2, o GDSTS apresenta pontuações ($M = 28.33$ e $DP = 6.31$) significativamente inferiores, $t(48.58) = 4.72$ e $p < .001$, 95% IC [5.89, 14.64] quando comparado com o GDCTS ($M = 36.60$ e $DP = 10.12$).

Por sua vez, no Baralho 3 obtiveram-se pontuações ($M = 21.23$ e $DP = 5.54$) significativamente inferiores, $t(58) = -4.81$ e $p < .001$, 95% IC [-10.29, -4.26] pelo GDCTS em relação às pontuações do GDSTS ($M = 28.50$ e $DP = 6.15$). Na variável Baralho 4, o GDCTS apresenta pontuações ($M = 20.20$ e $DP = 6.33$) significativamente inferiores $t(58) = -5.41$ e $p < .001$, 95% IC [-12.15, -5.59], às obtidas pelo GDSTS ($M = 29.07$ e $DP = 6.36$) (ver Figura 1).

Já na variável Baralhos de risco elevado, o GDSTS obteve pontuações ($M = 42.10$ e $DP = 8.41$) significativamente inferiores, $t(54.93) = 6.30$ e $p < .001$, 95% IC [10.66, 20.61] às obtidas pelo GDCTS ($M = 57.73$ e $DP = 10.70$). O mesmo não se verifica para a variável valor final, na qual o GDCTS obteve pontuações ($M = 1511.67$ e $DP = 513.14$) significativamente inferiores, $t(57.65) = -2.54$ e $p < .014$, 95% IC [-626.21, -73.79], às pontuações do GDSTS ($M = 1816.67$ e $DP = 554.75$). Também na variável Penalização/Recompensa, os resultados obtidos pelo GDCTS ($M = -488.33$ e $DP = 513.14$) são significativamente inferiores, $t(58) = -2.84$ e $p < .006$, 95% IC [-653.55, -113.12], aos resultados obtidos pelo GDSTS ($M = -105.00$ e $DP = 532.33$).

Por último, na variável Recompensa o GDCTS obteve resultados claramente mais baixos ($M = 83.33$ e $DP = 62.58$) que o GDSTS ($M = 382.69$ e $DP = 289.89$) verificando-se assim diferenças significativas, $t(14.07) = -3.44$ e $p < .004$, 95% IC [485.89, -112.83] (ver Quadro 1).

---Figura 1---

---Quadro 1---

Escala de Emoções, Sensações e Cognitiones

Nesta escala verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas emoções angústia, nojo, medo e tristeza. Verificaram-se também, diferenças estatisticamente significativas ao nível do loading emocional.

Assim, os resultados obtidos na variável loading emocional, foram inferiores para o GDSTS ($M = 14.37$ e $DP = 4.22$), verificando-se diferenças significativas, $t(44.80) = 2.19$ e $p < 0.03$, 95% IC [.29, 6.78], quando comparado com os resultados obtidos pelo GDCTS ($M = 17.90$ e $DP = 7.76$).

A nível da emoção angústia, as pontuações obtidas pelo GDSTS ($M = 2.87$ e $DP = .97$) foram significativamente inferiores, $t(57.46) = 2.14$ e $p < .04$, 95% IC [.04, 1.10], às obtidas pelo GDCTS ($M = 3.43$ e $DP = 1.07$). O mesmo acontece com a emoção nojo, na qual os resultados obtidos pelo GDSTS ($M = .40$ e $DP = .62$) foram significativamente inferiores, $t(40.01) = 2.86$ e $p < .01$, 95% IC [.26, 1.37], aos resultados obtidos pelo GDCTS ($M = 1.20$ e $DP = 1.40$). Também na emoção medo o GDSTS obteve resultados claramente mais baixos ($M = 3.37$ e $DP = 1.16$) do que, o GDCTS ($M = 4.47$ e $DP = .64$), verificando-se assim diferenças estatisticamente significativas, $t(45.16) = 3.72$ e $p < 0.001$, 95% IC [.41, 1.39].

Por último, na emoção tristeza, tal como nas anteriores, os resultados obtidos pelo GDSTS foram inferiores ($M = 3.66$ e $DP = 1.05$) aos resultados obtidos pelo GDCTS ($M = 4.20$ e $DP = .76$), verificando-se diferenças significativas, $t(51.12) = 2.28$ e $p < 0.03$, 95% IC [.07, 1.02] (ver Quadro 2) (ver Figura 2).

---Quadro 2---

---Figura 2---

Discussão e Conclusão

Como referimos anteriormente, o objectivo deste estudo passou por investigar se existiam diferenças a nível de reactividade emocional bem como, na capacidade de decisão entre pacientes depressivos e pacientes depressivos com tentativa de suicídio.

De uma forma geral, no IGT que avalia a capacidade de decisão verificamos que o GDCTS escolheu mais vezes o Baralho 1 e 2, que são considerados baralhos de alto risco, em detrimento do Baralho 3 e 4 que são baralhos de baixo risco, mais escolhidos pelo GDSTS. Verificou-se também que, o GDSTS apresenta melhores resultados a nível da variável recompensa e variável valor final do que o GDCTS, que apresenta resultados mais elevados a nível da variável penalização.

No que se refere ao estudo das emoções, sabe-se que este é um estudo bastante complexo, pois as emoções são muito difíceis de definir objectivamente (Monteiro, 2004).

Segundo António Damásio (1994), na sua hipótese dos marcadores somáticos, as emoções funcionam como sinal de alarme ou de incentivo. Isto é, quando surge um mau resultado associado a uma determinada opção de resposta, gera-se uma sensação desagradável (sinal de alarme) levando o indivíduo a rejeitar essa opção de resposta. Por outro lado, quando surge um bom resultado associado a uma opção de resposta gera-se uma sensação agradável, funcionando como sinal de incentivo, levando o indivíduo a escolher essa opção intuitivamente. No fundo, para Damásio (1994), o bom funcionamento emocional permite que os indivíduos cheguem a opções mais vantajosas para si e que contribuam para o seu bem-estar e sobrevivência, gerando respostas adaptativas. Mas será que respostas emocionais exacerbadas produzem respostas adaptativas (Monteiro, 2004)?

Nos resultados obtidos a nível do padrão de activação emocional, verificaram-se diferenças significativas no que se refere a emoções negativas (angústia, nojo, medo e tristeza) entre os dois grupos em estudo. Desta forma, os resultados obtidos revelam que o GDCTS apresenta um maior número de resposta de elevada activação emocional comparativamente às respostas apresentadas pelo GDSTS.

Por sua vez, no WCST, apesar de numa forma geral o GDCTS apresentar mais respostas perseverativas bem como, mais erros perseverativos, não se verificaram diferenças significativas entre os grupos.

Assim, tendo em consideração os resultados obtidos, é possível concluir que a hipótese formulada foi confirmada, pois o GDCTS apresenta pontuações no IGT que são indicativas de maior prejuízo na capacidade de decisão do que o GDSTS.

Verificando-se também, uma maior reactividade emocional pelo GDCTS, na medida em que este grupo de pacientes apresenta um maior número de respostas de alta activação emocional face ao filme de conteúdo tristeza.

Apesar de estes resultados não serem inovadores, permitem reforçar o facto de que pacientes com tentativa de suicídio apresentam índices elevados de reactividade emocional e prejuízo na capacidade de decisão. Sugerindo ainda, a existência de uma estreita relação entre a alta reactividade emocional e prejuízo na capacidade de decisão.

Desta forma, à excepção dos resultados obtidos no WCST, no qual apesar de se terem verificado diferenças entre os grupos, não foram significativas. Os resultados obtidos no IGT e na EESC96 são consistentes com os resultados apresentados em outros estudos realizados anteriormente, nos quais se verificou que a capacidade de decisão em pacientes com tentativa de suicídio se encontra prejudicada (Jollant et. al, 2005; Bridge et. al, 2012) bem como, apresentam uma alta reactividade emocional (Nock, Wedig, Holmberg & Hooley, 2008; Dour, Cha & Nock, 2011).

É necessário contudo, analisar os resultados à luz das limitações do estudo. Assim, primeiramente será necessário fazer referência ao facto de este estudo ter contado com uma amostra relativamente pequena e homogénea em termos de idades, géneros e etnias, o que limita a generalização dos resultados. Torna-se por isso importante que estudos futuros utilizem amostras maiores e mais heterogéneas.

Outra limitação deste estudo, refere-se ao material utilizado para medição das respostas emocionais. Como se sabe, as escalas de auto-relato não são objectivas, pelo que, teria sido importante a utilização de medidas psicofisiológicas, que são medidas objectivas juntamente com medidas de auto-relato.

Por fim, e não menos importante, o facto de se ter usado apenas uma medida para a avaliação de cada uma das variáveis em estudo, fragiliza a investigação. Pelo que, estudos futuros deverão usar várias medidas para avaliação de uma mesma variável, tornado o estudo mais robusto.

Seria igualmente importante, que futuras linhas de pesquisa investigassem se a alta reactividade emocional é responsável pelo prejuízo na capacidade de decisão bem como, se é o grau em que a capacidade de decisão e configuração emocional se encontram prejudicadas que aumenta a probabilidade de ocorrência de tentativa de suicídio neste tipo de pacientes. Pois, na verdade, sabe-se que pacientes deprimidos apresentam uma alta reactividade emocional (Maganin & Melo, 2012), bem como prejuízo na capacidade de decisão (Rozenhal, Laks & Engelhardt, 2004). Porém, e como já foi referido, não são todos os pacientes depressivos que tentam o suicídio.

Concluindo, é necessário realizarem-se mais estudos nesta área pois, mesmo sendo o comportamento suicida considerado um perigoso problema de saúde pública, a bibliografia existente é muito limitada, pelo que também o conhecimento relativo à forma de como este comportamento se desenvolve se torna limitado.

Bibliografia

- Anderson, S., Damasio, H., Jones, D., & Tranel, D. (1991). Wisconsin Card Sorting Test Performance as a Measure of Frontal Lobe Damage. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 909-922.
- Bakos, D. (2008). *Iowa Gambling Task: Considerações Desenvolvimentais e Implicações Neuropsicológicas e Psicométricas*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Bechara, A., Damásio, H., Tranel, D., & Damásio, A. (2005). The Iowa Gambling Task and the Somatic Marker hypothesis: some questions and answers. *TRENDS in cognition science*, Vol.9, N4.
- Beck, A., & Alford, B. (2009). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Bridge, J., McBee-Strayer, S., Cannon, E., Sheftall, A., Reynolds, B., Campo, J., Pajer, K., Barbe, R., Brent, D. (2012). Impaired Decision Making in Adolescent Suicide Attempters. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 394-403.
- Damásio, A. (1994). *O Erro de Descartes*. Europa América.
- Fabela, S. (2007). Contributos Neuropsicológicos para a Intervenção Psicológica nas Perturbações de Humor. *O Portal dos Psicólogos*.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). "Mini-Mental State" A Practical Method For Grading The Cognitive State Of Patients For The Clinician. Department of Psychiatry.

Jollant, F., Bellivier, F., Leboyer, M., Astruc, B., Torres, S., Verdier, R., Castelnau, D., Malafosse, A., Courtet, P. (2005). Impaired Decision Making in Suicide Attempters. *The American Journal of Psychiatry*, 162:304-310.

Jollant, F., Guillaume, S., Jaussent, I., Castelnau, D., Malafosse, A., & Courtet, P. (2007). Impaired decision-making in suicide attempters may increase the risk of problems in affective relationships. *Journal of Affective Disorders*, (99) 59-62.

Kang, Y., & Hahn, S. (1997). *A validity study on the korean mini-mental state examination (K-MMSE) in dementia patients*. Department of Neurology, Samsung Medical Center, Korea.

Maganin, R., & Melo, W. (2012). *Relação entre sintomatologia depressiva e memória auto-biográfica na população-geral*.

Maluf, T. (2002). *Avaliação de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que frequentaram grupos de orientação familiar em um serviço assistencial paradedependentes quimicos*.

Mann, J. (1998). Neurobiology of Suicide. *Nature Medicine*, 4:25-30.

Mann, J., Waternaux, C., Haas, G., & Malone, K. (1999). Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 156, No. 2.

Meneghel, S., Gutierrez, D., Silva, R., Grubits, S., Hesler, L., & Ceccon, R. (2012). *Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero*.

- Monteiro, L. (2004). Estrutura Neuro-Emocional do Toxicodependente. *Centro de Investigação em Psicologia do Comportamento Desviante e da Saúde*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Porto
- Moraes, P. (2011). *Relação entre Impulsividade e Suicídio em Pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar*. Instituto de Ciências Biológicas - UFMG.
- Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. (2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination. *SINAPSE*, 10-16.
- Neuringer, C. (1964). Rigid thinking in suicidal individuals. *Journal of Consulting Psychology*, 28, 54-58.
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R., & Lee, S. (2008). *Suicide and Suicidal Behavior*. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.
- Nock, M., Hwang, I., Sampson, N., & Kessler, R. (2010). Mental disorders, comorbidity, and suicidal behaviors: results from the national comorbidity survey replication. *Molecular Psychiatry*, 15, 868-876.
- Nock, M., Wedig, M., Holmberg, E., & Hooley, J. (2008). The emotion reactivity scale: development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors. . *Behavior Therapy*, 39, 107-116.
- OMS. (2009). *Prevención del suicidio un instrumento para policías bomberos y outros socorristas de primera línea*. Ginebra.
- Pinto, R. (2011). *Ideação Suicida e Sintomatologia Psicopatológica em Indivíduos Toxicodependentes*. Universidade Portucalense Infante D. Henrique.

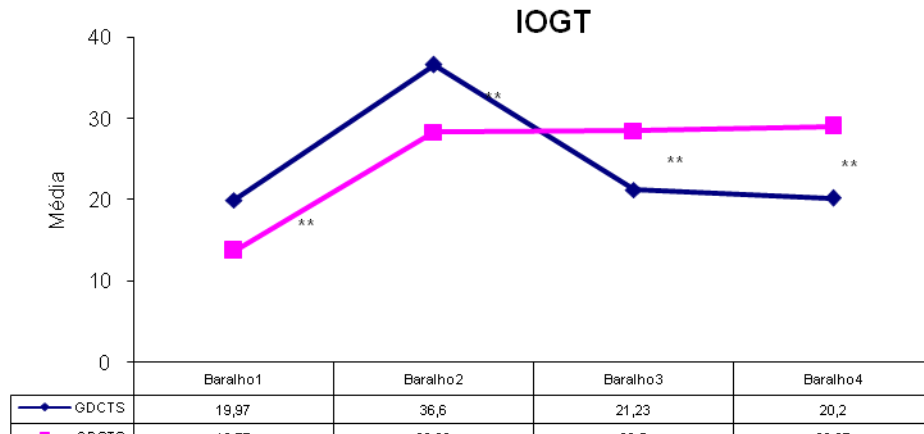
- Pokorny, A. D. (1983). Prediction of Suicide in Psychiatric Patients: Report of a Prospective Study. *Arch Gen Psychiatry*.
- Queirós, C. (1997). Toxicodependência e Emoções: um estudo comparativo entre toxicodependentes e não toxicodependentes. *Revista TOXICODEPENDÊNCIAS*, 65-76.
- Rozenthal, M., Laks, J., & Engelhardt, E. (2004). Aspectos neuropsicológicos da depressão. *Revista de Psiquiatria*, 26 (2): 204-212.
- Santos, S., Lovisi, G., Legay, L., & Abelha, L. (2009). *Prevalência de Transtornos Mentais nas tentativas de Suicídio em um Hospital de Emergência no Rio de Janeiro, Brasil*. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Strauss, E., Sherman, E., & Spreen, O. (2006). *Compendium of Neuropsychological tests*. USA: Oxford University Press.
- Vieira, K., & Coutinho, M. (2008). Representações Sociais da Depressão e do Suicídio Elaboradas por Estudantes de Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(4), 714-727.
- Vieira, K., Saraiva, E., & Coutinho, M. (2010). Entrelaçamentos entre depressão e suicídio segundo os futuros psicólogos. *Psico v.41, n.2*.

Quadro 1

Médias, Desvios Padrão, Valores t, Valores p, e Intervalos de Confiança dos resultados do Grupo de Depressão com Tentativa de Suicídio e de Depressão sem Tentativa de Suicídio em cada variável do IGT

| IGT | GDCTS | | GDSTS | | <i>t</i> | <i>p</i> | 95% CI | |
|---------------------------|----------|-----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|
| | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | | | <i>LI</i> | <i>LS</i> |
| Baralho 1 | 19.97 | 5.77 | 13.77 | 4.81 | 4.52 | <.001 | 3.45 | 9.95 |
| Baralho2 | 36.60 | 10.12 | 28.33 | 6.31 | 4.72 | <.001 | 5.89 | 14.64 |
| Baralho3 | 21.23 | 5.54 | 28.50 | 6.15 | -4.81 | <.001 | -10.29 | -4.26 |
| Baralho 4 | 20.20 | 6.33 | 29.07 | 6.36 | -5.41 | <.001 | -12.15 | -5.59 |
| Baralhos de risco elevado | 57.73 | 10.70 | 42.10 | 8.41 | 6.30 | <.001 | 10.66 | 20.61 |
| Baralhos de baixo risco | 41.43 | 11.10 | 57.57 | 8.10 | -6.43 | <.001 | -21.17 | -11.10 |
| Valor final | 1511.67 | 513.14 | 1861.67 | 554.75 | -2.54 | <.014 | -626.21 | -73.79 |
| Penalização/Recompensa | -488.33 | 513.14 | -105.00 | 532.33 | -2.84 | <.006 | -653.55 | -113.12 |
| Penalização | 606.00 | 480.79 | 451.39 | 334.14 | 1.17 | <.247 | -96.41 | 405.64 |
| Recompensa | 83.33 | 62.58 | 382.69 | 299.89 | -3.44 | <.004 | -485.89 | -112.83 |

Nota. CI = interval de confiança; *LI* = limite inferior; *LS* = limite superior.



Nota. Os baralhos 1 e 2 são baralhos de alto risco e os Baralho 3 e 4 de baixo risco.

Figura 1. Média das pontuações obtidas nas variáveis Baralhos do IGT para o Grupo de Depressão com Tentativa de Suicídio e para o Grupo de Depressão sem Tentativa de Suicídio

Quadro2

Médias, Desvios Padrão, Valores t, Valores p, e Intervalos de Confiança dos resultados do Grupo de Depressão com Tentativa de Suicídio e de Depressão sem Tentativa de Suicídio em cada variável da Escala de Emoções

| Escala de Emoções | GDCTS | | GDSTS | | <i>t</i> | <i>P</i> | 95% CI | |
|-------------------|----------|-----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|
| | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | | | <i>LI</i> | <i>LS</i> |
| Loading | 17.90 | 7.76 | 14.37 | 4.22 | 2.19 | <.034 | .29 | 6.78 |
| Interesse | 1.43 | 1.41 | 1.80 | 1.52 | -.97 | <.336 | -1.12 | .39 |
| Alegria | .07 | .25 | .07 | .37 | .00 | <1.000 | -.16 | .16 |
| Surpresa | .87 | 1.22 | .47 | .63 | 1.59 | <.119 | -.11 | .91 |
| Angústia | 3.43 | 1.07 | 2.87 | .97 | 2.14 | <.036 | .04 | 1.10 |
| Cólera | 1.23 | 1.38 | .87 | 1.04 | 1.16 | <.251 | -.27 | 1.00 |
| Nojo | 1.20 | 1.40 | .40 | .62 | 2.86 | <.007 | .26 | 1.37 |
| Desprezo | .60 | 1.38 | .40 | .77 | .69 | <.492 | -.38 | .78 |
| Medo | 4.27 | .64 | 3.37 | 1.16 | 3.72 | <.001 | .41 | 1.39 |
| Vergonha | .37 | 1.10 | .23 | .43 | .62 | <.539 | -.30 | .57 |
| Tristeza | 4.20 | .76 | 3.66 | 1.05 | 2.28 | <.027 | .07 | 1.02 |
| Culpa | .23 | .82 | .48 | .87 | -1.13 | <.262 | -.69 | .19 |

Nota. CI = intervalo de confiança; *LI* = limite inferior; *LS* = limite superior.

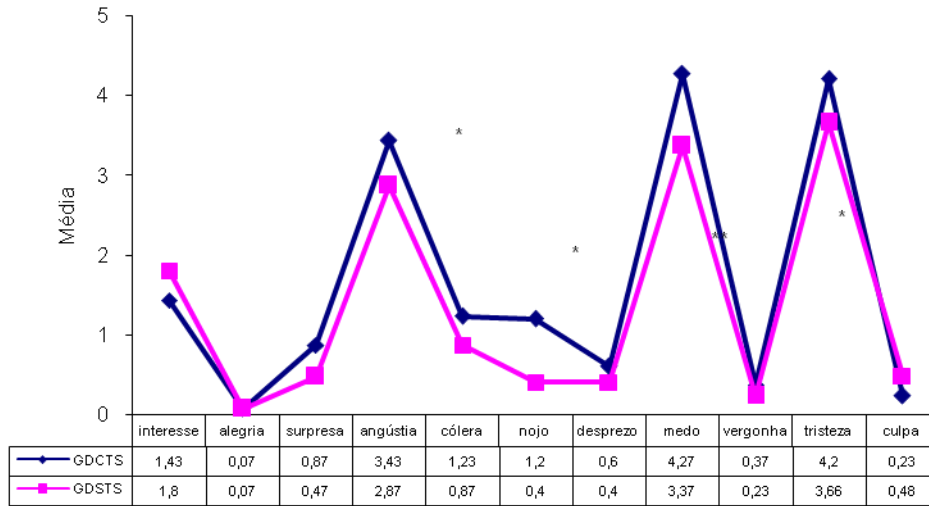


Figura 2. Média da activação emocional para o filme tristeza para o Grupo de Depressão com Tentativa de Suicídio e Grupo de Depressão sem Tentativa de Suicídio.