



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

***A Categorização de Emoções numa amostra de sujeitos com  
Perturbação Anti-Social da Personalidade***

**Inês Filipa Santos Costa**

Dissertação

**Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**

Trabalho efectuado sobre a orientação de:

Prof. Doutora Ana Teresa da Conceição Figueira Martins

**2012**

## **Dedicatória**

À minha querida mãe por tornar este sonho realidade.

A ti pai porque sei que te orgulharias.

Ao Pedro.... por seres o Sol da minha Vida.

Á minha família pelo suporte e amor incondicionais.

## **Agradecimentos**

Este percurso não seria possível sem o seu contributo, entrega, apoio incondicional, determinação e motivação. À minha orientadora, professora Doutora Ana Teresa Martins o meu muito obrigada.

À Doutora Telma Metelo, (psicóloga do CAT de Olhão) pela sua preciosa ajuda, disponibilidade e compreensão que fizeram toda a diferença na elaboração desta dissertação, o meu muito obrigada.

Quero também agradecer a todos os participantes que atenciosamente se disponibilizaram e tornaram possível este projecto.

## **Resumo**

A perturbação da personalidade anti-social, suscita particular interesse entre a comunidade técnica e científica porque são sujeitos agressivos que atentam contra si próprios e contra os que os rodeiam. Estudos recentes, revelam que indivíduos com esta perturbação apresentam, entre muitas outras características, um fraco entendimento de estímulos sociais e emocionais. Desta forma, investigadores dedicados ao estudo do processamento de emoções têm sugerido dificuldades destes sujeitos no reconhecimento, expressão e categorização de determinadas emoções, sobretudo no que se refere a emoções negativas. Esta incapacidade em decifrar signos emocionais promove uma fraca cognição social e uma fraca adesão às normas sociais. Dada a pertinência do tema, tivemos como principal interesse analisar de que forma sujeitos com perturbação anti-social da personalidade categorizam estados emocionais básicos e sociais e posteriormente compará-los com um grupo de sujeitos saudáveis. Para o efeito, foram avaliados 15 sujeitos com perturbação anti-social da personalidade, seleccionados a partir de uma base de dados do CAT de Olhão e um grupo de controlo constituído por 15 sujeitos saudáveis recolhidos ao acaso por conveniência. Foram avaliadas as características de personalidade e sintomatologia através do MCMI-III e aplicada uma prova de classificação de cartões "*Card Sorting*". Os resultados sugerem que os sujeitos pertencentes ao grupo clinico têm maior dificuldade em categorizar emoções básicas e sociais, comparativamente ao grupo de controlo, sobretudo no que se refere a emoções com valência positiva. Os resultados serão discutidos à luz da literatura atual.

## **Abstract**

The disturbance of antisocial personality, raises particular interest among the scientific and technical community, because they are subject to aggressive attempt against themselves and against those around them. Recent studies reveal that individuals with this disorder have, among many other features, a weak understanding of social and emotional stimuli. Thus, investigators who examined the processing emotions have suggested these difficulties in the subject recognition and categorization expression of specific emotions, particularly as regards the negative emotions. This inability to decipher emotional signs promotes a weak social cognition and poor adherence to social norms. Since this is a pertinent issue, our main

objectives was analyze how individuals with antisocial disturbance categorize basic and social emotional states and subsequently compare them with a group of healthy subjects. For this purpose we evaluated 15 individuals with antisocial disturbance, selected from a database from CAT Olhão and a control group consisted of 15 healthy subjects randomly collected for convenience. We assessed the personality traits and symptoms through the MCMI-III and applied a test of classification card "Card Sorting". The results suggest that clinical subjects have greater difficulty in categorizing social and basic emotions, as compared to the control group, especially in positive valence emotions. The results will be discussed basis in the current literature.

## ÍNDICE

1- Introdução	8
2- Material e Método	
2.1- Participantes	14
2.2- Critério de inclusão no grupo clinico	14
2.3 – Estímulos	15
2.4- Procedimento	15
2.5- Análise Estatística	16
3- Resultados	
3.1- Resultados das provas de caracterização dos participantes	17
3.2 – Resultados referentes á prova experimental “Card Sorting”	18
4- Discussão	21
5- Referências Bibliográficas	25

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Caracterização Cognitiva e comparação de médicas entre grupos	17
<b>Tabela 2-</b> Agrupamentos formados pelo grupo de controlo	18
<b>Tabela 3-</b> Agrupamentos formados pelo grupo clinico	20

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> Representação espacial dos agrupamentos formados pelo grupo de controlo	19
<b>Figura 2 -</b> Representação espacial dos agrupamentos formados pelo grupo clinico	20

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

Anexo I- Consentimento Informado	31
Anexo II- Questionário Sociodemográfico	32

## 1. Introdução

O estudo de grupos clínicos com psicopatologia como, por exemplo, a perturbação Anti-Social da Personalidade (PASP), tem sido alvo de interesse por parte de clínicos e investigadores, por apresentarem comportamentos agressivos, impulsivos e pelo facto de serem transgressores das regras sociais, atentando contra si e contra os que os rodeiam, (Evensen, 1999).

Os sujeitos com PASP caracterizam-se por possuírem um padrão social de comportamentos irresponsáveis seguidos de ausência de culpa e apresentam ainda uma baixa tolerância à frustração. De entre as características necessárias para o diagnóstico desta perturbação, podemos salientar o fracasso em fazer planos para o futuro, a indiferença ou racionalização por ter ferido, maltratado ou roubado alguém, bem como, um repetido fracasso em manter um comportamento laboral consistente ou em honrar obrigações financeiras (APA, 2002, p. 660).

Relativamente à sua etiologia, a PASP parece resultar de um conjunto de factores, como os genéticos e hereditários, psicossociais e neurológicos (Del-Ben, 2005). Centrando-nos nos factores neurológicos subjacentes à PASP, Del-Ben (2005), sugeriu a existência de alterações estruturais e funcionais no lobo frontal destes doentes, sendo esta área responsável pelo controlo e planeamento de acções. O autor observou alterações no volume desta estrutura cerebral e alterações nos circuitos neuronais que medeiam o comportamento violento. Deste modo, os doentes com este tipo de alterações parecem ter mais dificuldade em controlar os seus impulsos, o que aumenta a tendência para um comportamento mais agressivo.

Em relação aos factores genéticos e hereditários, alguns investigadores identificaram determinadas respostas fisiológicas comuns que podem ser específicas das pessoas com PASP. Por exemplo, estes indivíduos apresentam uma resposta uniforme ao stresse, parecendo ficar menos ansiosos comparativamente à generalidade das pessoas e apresentam mais dificuldade em manterem-se alerta durante o dia. Verifica-se que em sujeitos com esta perturbação, existe uma maior activação da hormona TDAH, o que também acontece na hiperactividade. Verifica-se ainda um “reflexo de surpresa” fraco, isto é, uma baixa resposta involuntária a ruídos intensos (Vasconcellos, & Gauer, 2004). Desta forma, estes sujeitos têm mais dificuldade em distinguir e responder a estímulos distintos, ou seja, respondem de forma



semelhante quer estejam perante uma discussão ou perante uma conversa. Pelo que dificilmente têm um comportamento socialmente adequado.

Esta perturbação pode ainda ser explicada segundo teorias cognitivas sociais (cognição social) e individuais. Relativamente à perspectiva individual, podemos referir teorias clássicas como a de vinculação de Bowlby (1982, cit in Vasconcelos, 2003). Segundo esta teoria a capacidade de adequação social e a vinculação estão intimamente ligadas. Em ambientes em que existe uma vinculação segura, as crianças tendem a apresentar um desenvolvimento emocional adequado, pelo que se adaptam ao meio. Nos casos em que existe uma vinculação insegura/negligente, acontece o oposto, as crianças não apresentam um desenvolvimento emocional adequado e têm dificuldade em responder às exigências do meio. Estudos recentes, defendem que uma vida familiar caótica com falta de supervisão contribui para o desenvolvimento desta perturbação da personalidade. A PASP pode igualmente ser mais comum nos casos em que a comunidade não presta apoio ou proporciona uma escassa recompensa para um comportamento positivo. Em algumas situações, pode mesmo haver um reforço do comportamento sociopático (Vasconcellos, & Gauer, 2004).

Estes estudos levam-nos às teorias da aprendizagem, das quais podemos referir a aprendizagem por modelação de Bandura (1977, cit in Vasconcelos et al., 2003). Segundo esta teoria, a observação de determinados modelos/comportamentos, leva à sua imitação, que por sua vez faz com que a pessoa aprenda um determinado comportamento e o integre no seu quadro de respostas.

De lato modo, as teorias relacionadas com a disciplina Cognição Social têm como principal interesse perceber de que forma os sujeitos conseguem interpretar o seu mundo social e corresponder de forma adequada. Esta disciplina, que também é o nome atribuído para uma capacidade humana, pretende ainda perceber a razão pela qual sujeitos com determinadas patologias não conseguem fazer inferências nem prever o comportamento emocional dos outros.

Alguns estudos sugerem a existência de semelhanças, no que se refere à cognição, social entre determinadas patologias que apresentam dificuldades na relação interpessoal tais como, o *Asperger* ou a perturbação da personalidade *Borderline* e a PASP. Estes sujeitos parecem apresentar uma frágil cognição social, ou seja, uma disfunção no que concerne às operações mentais associadas ao processamento de informação de estímulos socialmente relevantes. Desta forma, alguns investigadores têm dedicado a seu trabalho ao estudo da cognição social mais particularmente, a uma das suas principais dimensões, ao estudo do processamento de emoções (capacidade de reconhecer, expressar e categorizar emoções) com

recurso a diferentes paradigmas experimentais em diferentes patologias do desenvolvimento e da personalidade (Couture, Penn, & Roberts, 2006).

Para melhor percebermos em que consiste o processamento de emoções é importante ter em conta que, as emoções enquanto reacções subjectivas e idiossincráticas a um determinado evento do ambiente interno ou externo, são caracterizadas por mudanças fisiológicas, cognitivas, experienciais e comportamentais que permitem ao indivíduo a atribuição de um significado à experiência e o preparam para a acção (Sroufe, 1996).

Para a ocorrência de uma emoção, é necessário um estímulo inicial, interno (e.g. memória episódica) ou externo (e.g. situação à qual o indivíduo dá atenção), que conduz a uma activação fisiológica imediata. Para actuar de forma emocionalmente adaptada, os indivíduos necessitam de aprender a regular quer a sua experiência emocional quer a sua expressão emocional (Greenberg, 2002). Ser capaz de *diferenciar as emoções, compreender a sua função e reflectir sobre as mesmas são competências fundamentais para uma boa regulação emocional, permitindo aos indivíduos decidir o que querem expressar ou suprimir* (Greenberg, 2002).

Outra questão fundamental é a de ser capaz de perceber emoções nos outros. Existem diferentes termos usados para designar esta capacidade: atribuição de um estado mental, posição intencional, mentalização e Teoria da Mente (*Theory- of- Mind - ToM*). A *ToM*, enquanto capacidade de representar, conceptualizar e raciocinar acerca do estado mental do outro é uma das maiores aquisições da evolução humana. O entendimento que fazemos dos outros constitui um pré-requisito à aquisição da linguagem (Baldwin, & Tomasello, 1998), ao delineamento de estratégias de interação social (McCabe, Smith, & LePore, 2000), ao pensamento reflexivo (Bogdan, 2000) e ao desenvolvimento moral (Hoffman, 1993). Contudo, a capacidade para realizar inferências acerca do estado mental do outro (*ToM*) depende necessariamente de dois aspectos: de um 1) processamento de emoções adequado (reconhecimento, expressão, categorização e julgamento) e do 2) conhecimento da informação social (por exemplo, conhecimento semântico das emoções) (Martins, 2010).

O processamento de emoções consiste na capacidade em expressar e reconhecer emoções tanto básicas como sociais a partir de uma expressão facial ou de um comportamento. Esta capacidade antecede a categorização, uma vez que para categorizar determinada emoção o sujeito tem de ser capaz de a reconhecer.

Para Eysenck (2005) a categorização é fundamental sobretudo por motivos de economia cognitiva, porque desta forma conseguimos organizar a informação em classes de elementos facilitando a sua apreensão, reconhecimento e evocação. A grande quantidade de

estimulação proveniente do meio torna necessário o desenvolvimento de estratégias adaptativas que facilitem a organização dos estímulos percebidos tal como responder rapidamente aos mesmos (Campanella et al., 2002; Spiering, & Ashby, 2008; Ramsey, Langlois, & Marti, 2005; Bargh, & Ferguson, 2000). A organização perceptiva que realizamos dos estímulos que nos chegam do exterior permite-nos também diminuir a redundância dos vários contextos e realizar predições e inferências, ou seja, permite-nos generalizar a partir de experiências anteriores. A categorização assume também um papel fundamental na comunicação humana que quando feita através de categorias se torna mais eficiente. Segundo Ashby e Ennis (2006) este processo, ainda que pareça simples, é automático e mediado por múltiplos sistemas cerebrais que são utilizados de acordo com a forma e o conteúdo dos elementos percebidos.

Para testar a formação de categorias têm sido aplicados diferentes instrumentos com recurso a estímulos distintos. Um dos primeiros testes construídos para avaliar processos de categorização explícita (com recurso ao raciocínio lógico) foi o *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST) (Lezak, Howieson, & Loring, 2004; Robinson et al., 1980). Nesta prova os sujeitos devem agrupar os cartões consoante os atributos apresentados (cor, forma ou número). Uma alternativa para avaliarmos os processos de formação de categorias é a prova de classificação de cartões onde é pedido aos participantes para determinarem semelhanças entre os elementos e agrupá-los (Montero, Fernández, & Rodriguez, 2004).

Actualmente o modelo mais desenvolvido sobre o processo de categorização humana é o *Competition between Verbal and Implicit Systems* (COVIS) proposto por Ashby e colaboradores (1998). Neste modelo os autores sugerem a existência de dois circuitos cerebrais distintos responsáveis pela aprendizagem de categorias. Um circuito recorre a estratégias explícitas de raciocínio lógico, memória de trabalho e atenção executiva e é mediado por estruturas do lobo frontal. A existência deste tipo de estratégias pode ser observada em tarefas de categorização onde os sujeitos descrevem verbalmente a regra que utilizaram para a categorização dos elementos como, por exemplo, referir que a emoção arrogância é uma emoção negativa e a alegria positiva. O segundo circuito proposto por Ashby e colaboradores (1998) é responsável por um sistema de aprendizagem implícito e parece ser mediado por estruturas como os gânglios da base. Aquando da utilização deste tipo de estratégias os sujeitos não conseguem descrever verbalmente a regra que utilizaram para a categorização dos elementos.

Como podemos observar existem vários meios para avaliar o processo de categorização e vários grupos clínicos e não clínicos nos quais é relevante explorar esta

capacidade, bem como a capacidade de processar emoções no geral. De entre estes grupos, podemos destacar as perturbações da personalidade, nomeadamente sujeitos que evidenciam comportamentos agressivos e disruptivos. De seguida, são descritos alguns desses estudos cujos resultados consideramos relevantes e que justificam os objectivos do presente estudo.

Num estudo conduzido pela Universidade de Aveiro em 2011, foram avaliados 24 reclusos do estabelecimento prisional de Aveiro, com o objectivo de explorar a relação entre depressão, ansiedade, alexitimia, externalização e o processamento emocional e social. Os autores tinham também como objectivo perceber de que forma estas variáveis poderiam influir no reconhecimento de expressões emocionais. Os resultados revelam que indivíduos com comportamentos desviantes e anti-sociais demonstram maiores dificuldades na regulação de emoções, facto que compromete o seu processamento emocional e social potenciando a ocorrência de comportamentos externalizantes. Os autores justificam estes resultados à luz das teorias da cognição social, referindo que os mesmos se podem dever às dificuldades demonstradas pelos sujeitos ao nível da regulação emocional. (Pires, 2011).

Num estudo elaborado por Unoka e colaboradores (2011), foram avaliados 33 sujeitos com perturbação *borderline* e comparado o seu desempenho com o de 32 sujeitos saudáveis. O objectivo consistiu em perceber de que forma sujeitos com perturbação da personalidade *Borderline* reconheciam emoções. Para o efeito, utilizaram a bateria experimental de *Ekman Faces 60* (versão computadorizada). Os resultados obtidos sugeriram que sujeitos com esta perturbação têm mais dificuldade em reconhecer emoções, sobretudo as negativas. Verificaram que estes tendem a atribuir demasiadas vezes as emoções “surpresa” e “nojo” comparativamente ao grupo de controlo. No entanto, a emoção medo é atribuída menos vezes comparativamente ao grupo de controlo. Os autores explicam estes resultados através das teorias da cognição social. Consideram que os mesmos se devem aos défices no reconhecimento de emoções por parte de sujeitos com perturbação *Borderline*, particularmente as emoções negativas. Segundo os autores existem “erros” na avaliação das emoções faciais visualizadas, que podem ser justificados por um desenvolvimento emocional debilitado.

Centrando-nos agora na população com PASP, podemos descrever alguns estudos recentes como, por exemplo, um estudo conduzido por Fairchild e colaboradores (2010). Estes investigadores avaliaram 25 mulheres com perturbações do comportamento (comportamentos agressivos e anti-sociais) com 30 mulheres saudáveis numa tarefa de percepção de faces e de reconhecimento de emoções. Para avaliar a percepção de faces foi utilizado o *The Benton Facial Recognition Test* e para avaliar o reconhecimento de emoções

foi utilizada uma tarefa de reconhecimento hexagonal na qual os participantes eram convidados a rotular a expressão emocional (alegria, surpresa, medo, tristeza, nojo e raiva) apresentada nas fotos. Os resultados indicam que, quando comparadas com as raparigas normais, as raparigas com comportamentos anti-sociais têm mais dificuldade em reconhecer expressões emocionais de raiva, tristeza e nojo. De acordo com os autores, estes resultados são justificados por comprometimentos neurológicos (nomeadamente ao nível da amígdala – estrutura associada ao reconhecimento de faces) existentes em mulheres com comportamentos anti-sociais.

Num outro estudo realizado por Scott et. al. (2011), os autores compararam o reconhecimento facial de emoções numa amostra de 242 sujeitos normais com 84 sujeitos com perturbação da personalidade Borderline. Para o efeito foram rastreados os sintomas desta perturbação através do *BPD symptom severity*. Foram avaliadas as experiências de vida positivas e negativas através do *State Positive and Negative Affect (PANAS)* e os índices de ansiedade através do *State and Trait Anxiety*. De entre os sujeitos com perturbação Borderline foram criados dois grupos, de acordo com a severidade da perturbação, 46 constituíram o grupo de perturbação ligeira e 38 o grupo perturbação severa.

Os resultados indicam que os sujeitos com perturbação severa apresentam um viés de resposta relativamente a estados emocionais negativos, sendo que têm uma capacidade aumentada para os detectar. Este viés faz com que por vezes os estados emocionais positivos sejam considerados negativos. Os autores explicam estes resultados através das características metodológicas da amostra em estudo, nomeadamente no que concerne à heterogeneidade dos sujeitos. Outra explicação assenta nas teorias sociais que preconizam que sujeitos vítimas de maus tratos têm maior sensibilidade para emoções negativas.

Os estudos descritos parecem consonantes ao sugerir que sujeitos com determinadas perturbações da personalidade parecem ter maiores dificuldades em reconhecer emoções, nomeadamente emoções com valência negativa. Ainda que existam alguns autores dedicados ao estudo do reconhecimento de emoções através da face mais reduzidos são os que se dedicam, à expressão e categorização de estados emocionais neste tipo de perturbação psíquica. Foi desta forma, que nos interessamos por perceber de que forma sujeitos com PASP categorizam estados emocionais, se os estudos indicam dificuldades no reconhecimento então seria natural que a sua categorização não seja tão eficaz como a observada na população saudável. Também nos interessa perceber se as dificuldades se mantêm ou variam de acordo com a valência emocional do estímulo. O estudo de sujeitos com PASP também nos parece emergente porque se trata de um grupo clínico que representa uma grande preocupação quer

por parte das entidades governamentais, pelos seus comportamentos disruptivos e pela ameaça social que muitas vezes representam, quer por parte das instituições de saúde que se empenham em fornecer tratamento médico e psicológico na tentativa de melhorar a qualidade de vida destes sujeitos e das suas famílias.

Deste modo, tivemos como principal objectivo observar de que forma 15 sujeitos com PASP agrupam emoções básicas e sociais comparativamente a 15 sujeitos saudáveis. Com o intuito de encontrar sujeitos com este tipo de perturbação contactamos o CAT de Olhão onde foram seleccionados e convidados a participar no estudo 15 sujeitos com PASP.

## **2- Material e Método**

### **2.1. Participantes**

Foram avaliados 30 participantes, (15 pertencentes ao grupo clínico e 15 ao grupo de controlo). O grupo clínico era composto por 9 homens e 6 mulheres, com uma média de idades de 36.07 ( $\pm$  9.38) anos e uma média de escolaridade de 9.33 ( $\pm$  3.94) anos. O grupo de controlo foi constituído por 8 homens e 7 mulheres. A média de idades era de 30.07 ( $\pm$ 6.57) anos e a média de escolaridade de 10.47 ( $\pm$  1.64) anos.

### **2.2. Critério de inclusão do grupo clínico**

Constituíram critérios de inclusão no grupo experimental a presença de sintomas depressivos e de ansiedade, bem como a perturbação da personalidade Anti-Social, cujo ponto de corte foi de 85. Estes dados foram obtidos a partir dos resultados do *Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III)*, disponibilizados pela Dr<sup>a</sup> Telma Metelo psicóloga no CAT de Olhão.

O MCMI é um inventário de avaliação integrada de sintomatologia e personalidade. Relativamente à personalidade são avaliadas as características funcionais e estruturais e em relação à sintomatologia são avaliados os sintomas transitórios e normalmente reactivos que devem ser interpretados em conjunto com a personalidade. A utilização deste inventário é indicada para pessoas com problemas emocionais e/ou em processo terapêutico. O inventário é constituído por 175 itens, nos quais o sujeito assinala se considera as afirmações verdadeiras ou falsas, avaliando em que medida estas representam ou não a sua maneira de ser. O tempo

médio de aplicação é de 30 minutos, a cotação feita por computador e a validação do teste é verificada através das escalas de validade. As escalas de validação dos perfis de personalidade preconizam que pontuações superiores a 75 indicam a presença de traços e pontuações acima de 85 indicam uma perturbação da personalidade. A leitura dos dados relativos à sintomatologia é feita de forma semelhante, ou seja, valores acima de 75 sugerem a presença de psicopatologia.

### **2.3. Estímulos**

Foram construídos 33 cartões a preto e branco (11,5 cm x 6,0 cm) cada um deles com uma palavra inscrita. Foram seleccionadas seis palavras representativas de estados emocionais básicos tal como definidos por Ekman (1992): alegre, triste, enraivecido, enojado, surpreso e amedrontado; e 29 palavras representativas de estados emocionais sociais retirados de um glossário utilizado no estudo de Baron-Cohen e colaboradores (2001): confiante, grato, solidário, brincalhão, afectuoso, afirmativo, encorajante, simpático, contemplativo, desapontado, aborrecido, arrasado, infeliz, desprezado, desanimado, culpado, desorientado, aflito, sarcástico, invejoso, arrogante, ciumento, acusador, hostil, enraivecido, dominador, orgulhoso, horrorizado.

### **2.4. Procedimento**

Numa primeira fase, foi entregue a todos os participantes um consentimento informado, através do qual, eram informados de que a participação no estudo era voluntária, que toda a informação era confidencial e que poderiam desistir em qualquer momento se assim o desejassem. Após terem assinado o consentimento informado, os participantes preencheram um questionário sociodemográfico. Num segundo momento, os sujeitos foram submetidos a um conjunto de testes para avaliar funções cognitivas consideradas relevantes para o presente estudo. Para o efeito foram administradas as seguintes provas: Prova de Fluência Verbal, *Trail Making Test*, Matrizes Progressivas de *Raven* e Escala de memória de *Wechsler*. Estas provas foram aplicadas com dois objectivos: Em primeiro lugar, caracterizar as funções cognitivas de todos os participantes; em segundo, garantir que não existiam fortes dissimilaridades entre grupos (Clínico/Controlo), diferenças essas que pudessem explicar os resultados obtidos no presente estudo.

Por último, foi proposta a tarefa experimental de classificação de cartões. A técnica de classificação de cartões (“*Card Sorting*”) tem a finalidade de explorar a forma como os indivíduos agrupam itens subordinados a uma temática (Montero, Fernández, & Rodriguez, 2004). Nesta prova é pedido aos participantes que agrupem os itens de uma forma que lhes pareça apropriada, tentando perceber as semelhanças e as diferenças existentes entre eles. Partindo deste princípio, foi construída uma prova de classificação de cartões para a categoria “Emoções” constituída por 33 estados emocionais básicos e sociais. A prova foi aplicada individualmente com o participante sentado de frente para o examinador e uma mesa situada entre ambos, numa sala isenta de ruídos. Cada participante foi instruído a agrupar os cartões de acordo com o grau de semelhança entre as emoções inscritas nos mesmos. Foi estabelecido o máximo de seis grupos para que a regra de organização de estímulos fosse facilitada e não dispersa. No final da experiência os grupos de cartões formados por cada participante foram anotados pelo examinador numa folha de resposta. Posteriormente foi pedido aos sujeitos que explicassem a regra que utilizaram para a organização dos elementos.

## **2.5. Análise Estatística**

Os dados dos dois grupos foram analisados separadamente. Os agrupamentos efectuados por cada um dos participantes foram registados numa folha de *Excel*, matriz (35 x 35) individual, assinalando-se “0” para os pares de emoções não agrupadas e “1” nos casos em que esse agrupamento se verificava. A partir desse registo foram obtidas duas matrizes de dissemelhança (35 x 35), uma para cada grupo de participantes, que expressam para cada par de emoções a percentagem de situações em que as mesmas não surgem agrupadas. Recorrendo ao *software Statistica* (versão 7.0) foi aplicada a cada uma dessas matrizes de dissemelhança a técnica de escalonamento multidimensional (*Multidimensional Scaling*), o que permitiu obter duas representações da forma como as emoções se distribuem num espaço bi-dimensional (*scatterplott 2D*). Nesta análise, a maior ou menor distância entre as emoções significa maior ou menor dissemelhança entre elas, pelo que quanto mais próximas estiverem mais semelhantes são entre si. A precisão com que as distâncias reflectem o grau de dissemelhança obtido é dada pelo valor de *stress* (Shepard, 1974 *cit. in* Roberts, & Wedell, 1993). Quanto maior for esse valor menor é a exactidão com que as distâncias no espaço reflectem as dissemelhanças / semelhanças entre os estados emocionais.



### 3- Resultados

#### 3.1. Resultados das provas de caracterização dos participantes

Os dados relativos às provas de caracterização cognitiva foram tratados e analisados pelo programa informático *SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences)*.

Na tabela 1 estão representadas as médias e desvios padrão obtidos para ambos os grupos nas provas aplicadas. A análise de comparação das médias (teste não paramétrico Kruskal-Wallis) permite-nos observar a inexistência de diferenças significativas entre grupos para as funções cognitivas avaliadas, com exceção da fluência verbal (grupo clínico =  $12.33 \pm 2.53$ ; grupo controlo =  $24.13 \pm 4.67$ ;  $p \leq .000$  \*\*). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre grupos relativamente à variável escolaridade (grupo clínico =  $9.33 \pm 3.94$  anos; grupo controlo =  $10.47 \pm 1.64$  anos;  $p \leq .09$  \*\*).

**Tabela 1-** Caracterização sociodemográfica e Cognitiva (KW)

	<b>Grupo Clínico</b> <b>N =15</b> <b>Média (DP)</b>	<b>Grupo Controlo</b> <b>N =15</b> <b>Média (DP)</b>	<b>p</b>
<b>Escolaridade (anos)</b>	9.33 ± 3.94	10.47 ± 1.64	0.09**
<b>Tempo Abstinência</b>	63.73 ± 51.52	N/A	N/A
<b>MPR</b>	53.00 ± 9.38	60.00 ± 12.67	.100
<b>WM</b>	86.53 ± 15.25	87.13 ± 11.24	.100
<b>TMT (erros)</b>	0.73 ± 0.96	0.20 ± 0.41	.245
<b>FV</b>			
<b>Total palavras produzidas</b>	12.33 ± 2.53	24.13 ± 4.67	.000 **

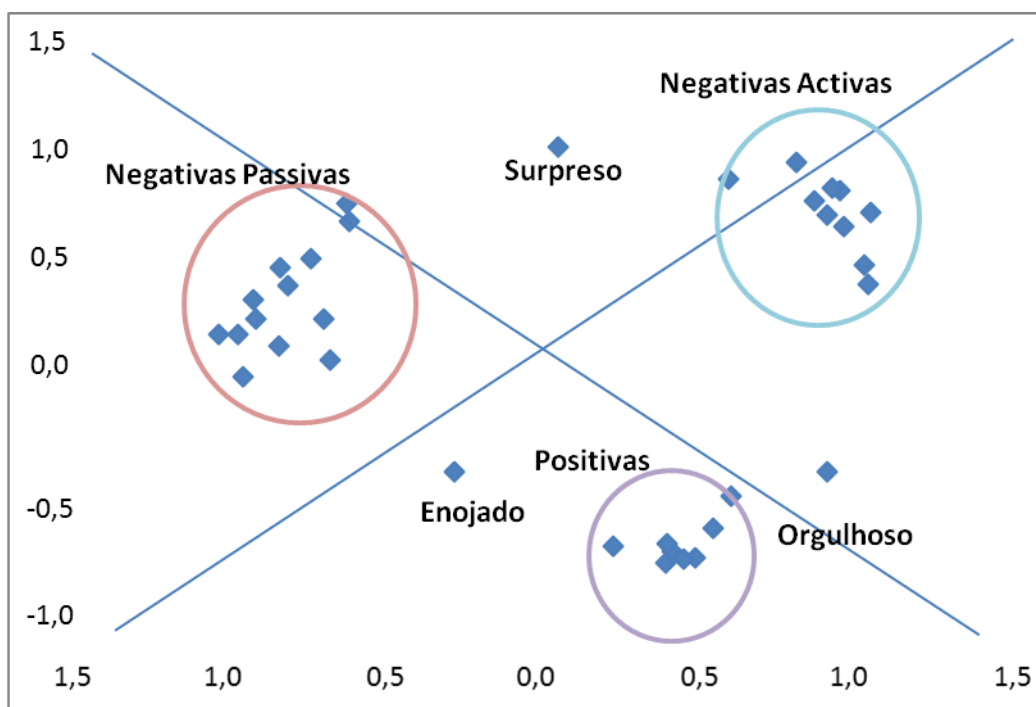
Nota: \*\*  $p \leq 0.001$ , \*  $p \leq 0.05$ . MPR: Matrizes progressivas de *Raven* (0-9: Muito Inferior, I; 10-14: Inferior, II-; 15-24: Inferior, II; 25-49: Médio, III-; 50-74: Normal, III+; 75-84: Bom, IV; 85-89: Bom, IV+; 90-94: Muito Bom, V; 95-100: Muito Bom, V+); WM: Escala de Memória de *Wechsler* (Quociente Mínimo entre os 20 e 44 anos: 40; Quociente Máximo entre os 20 e os 44 anos: 136); FV: Prova de Fluência Verbal; TMT: *Trail Making Test* - Parte B (tempo médio de execução: 60 segundos); Tempo de Abstinência (tempo medido em meses).

### 3.2. Resultados referentes à prova experimental “Card Sorting”

Ao analisar os resultados observamos que o grupo controle apresenta uma categorização que se caracteriza pela definição de três agrupamentos distintos de emoções. A formação dos agrupamentos baseou-se na notória proximidade espacial entre estados emocionais. Podemos considerar que os agrupamentos formados representam: um agrupamento de “emoções positivas”, um agrupamento de “emoções negativas passivas” e um agrupamento de “emoções negativas activas”. Não foram incluídos em nenhum dos agrupamentos anteriores os estados emocionais: orgulhoso, enojado, e surpreso (*cfr.*, tabela 2 figura 1).

**Tabela 2-** Agrupamentos formados pelo grupo de controle

Emoções Positivas	Emoções Negativas Activas	Emoções Negativas Passivas	Emoções não Agrupadas
Grato	Hostil	Horrorizado	Surpreso
Contemplativo	Dominador	Aflito	Enojado
Simpático	Enraivecido	Desorientado	Orgulhoso
Alegre	Acusador	Arrasado	
Brincalhão	Ciumento	Desanimado	
Solidário	Arrogante	Desapontado	
Afectuoso	Invejoso	Culpado	
Encorajado	Sarcástico	Triste	
Afirmativo		Infeliz	
Confiante		Desprezado	
Culpado		Aborrecido	
		Amedrontado	

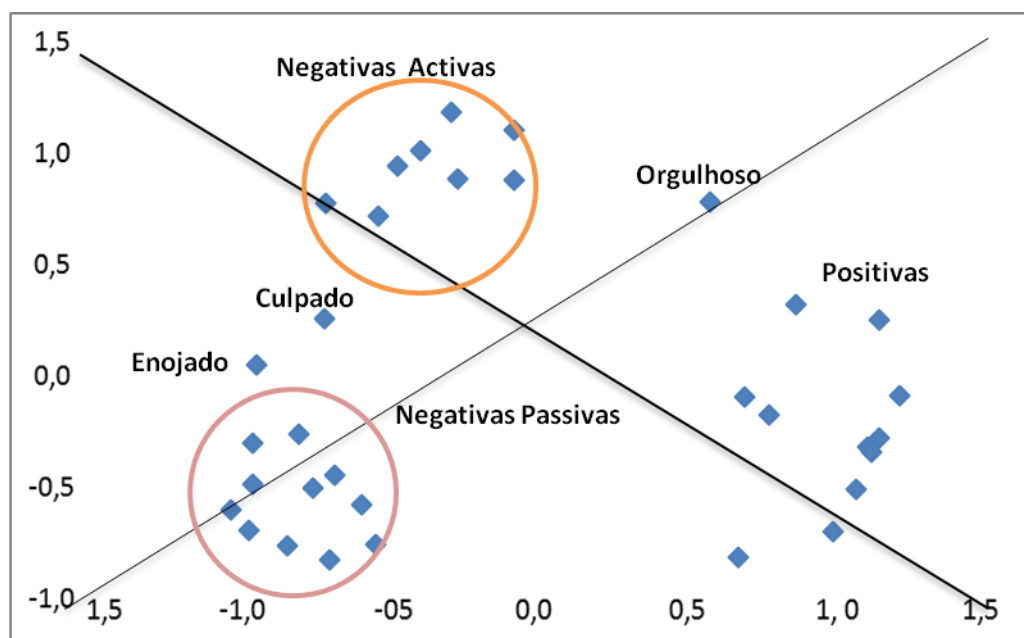


**Figura 1-** Representação espacial dos agrupamentos formados pelo grupo de controlo

Relativamente ao grupo clínico, observou-se a formação de um grupo constituído por “emoções negativas passivas” e um grupo formado por “emoções negativas activas”. Contudo, estes grupos apresentam uma maior dispersão (são menos coesos), comparativamente aos formados pelo grupo de controlo. Estes grupos diferem ainda na emoção “Culpado” que no grupo de controlo pertence ao grupo “emoções negativas passivas” e no grupo clínico pertence às emoções isoladas. Apesar de observarmos no quadrante direito uma tendência para a disposição de emoções com conteúdo “positivo”, os sujeitos com perturbação da personalidade anti-social não foram capazes de formar um grupo coeso destes estados emocionais. Verificou-se também dispersão nos seguintes estados emocionais: culpado, orgulhoso e enojado (tabela 3 figura 2).

**Tabela 3-** Agrupamentos formados pelo grupo com perturbação Anti-social da personalidade

Emoções Isoladas	Emoções Negativas Passivas	Emoções Negativas Activas	Emoções não agrupadas Positivas Quadrante direito
Orgulhoso	Desorientado	Invejoso	Afirmativo
Culpado	Arrasado	Dominador	Surpreso
Enojado	Horrorizado	Arrogante	Brincalhão
	Aborrecido	Ciumento	Encorajante
	Desprezado	Acusador	Confiante
	Amedrontado	Sarcástico	Alegre
	Desapontado	Enraivecido	Afectuoso
	Triste	Hóstil	Amoroso
	Infeliz		Grato
	Desanimado		Solidário
	Aflito		Contemplativo

**Figura 2-** Representação espacial dos agrupamentos formados pelo grupo com perturbação da Personalidade Anti-Social.

Associada à disposição das emoções num espaço conceptual bi-dimensional para cada um dos grupos, há um indicador de erro que fornece a exactidão dessa representação espacial que é o valor de *stress*. Em relação ao grupo de controlo, o valor de *stress* é considerado aceitável (.159).

Relativamente ao grupo clínico o valor de *stress* aproxima-se da categoria “fraco” (.186; valor crítico  $\geq 0.20$ ). Estes valores significam uma menor precisão dos resultados em termos da representação da proximidade encontrada entre os estados emocionais e uma menor confiança que a representação espacial traduza com rigor a semelhança/dissemelhança percebida pelo grupo clínico durante o processo de categorização.

#### 4. Discussão

O presente estudo pretendeu verificar se o processo de categorização de estados emocionais diferia entre sujeitos com perturbação da personalidade Anti-social e sujeitos saudáveis. A hipótese de que poderiam existir diferenças entre estes grupos deveu-se ao facto de, na literatura estar retratada a dificuldade que doentes com PASP apresentam no processamento de emoções (Pires, 2011). Outra razão que nos levou a colocar esta hipótese foi devido ao pressuposto de que o processo de categorização depende, em parte, de capacidades em processar emoções que podem ser explicadas de acordo com diferentes teorias explicativas (Spiering, & Ashby, 2008; Pollak, & Kistler, 2002). (Del-Ben, 2005). De entre elas, encontram-se as teorias sociais que defendem que sujeitos com PASP, parecem apresentar um desenvolvimento emocional débil (pouco facilitado pelo meio familiar, social envolvente), bem como uma frágil cognição social, ou seja, uma disfunção no que concerne às operações mentais associadas ao processamento de informação de estímulos socialmente relevantes, tais como as emoções. Uma vez que a categorização de emoções depende, em parte, destas capacidades e que estes sujeitos revelam dificuldades neste âmbito, consideramos importante explorar a categorização de emoções nesta população. Para a prossecução deste objectivo foi pedido aos sujeitos que agrupassem estados emocionais em contexto escrito para que pudessemos observar a distribuição e coerência dos agrupamentos efectuados.

A análise visual dos elementos formados mostrou que os sujeitos com PASP, formaram dois agrupamentos muito semelhantes aos do grupo de controlo, foram eles os grupos de emoções “negativas activas” e “negativas passivas”. No entanto, os agrupamentos referentes ao grupo clínico encontram-se mais dispersos comparativamente ao grupo de

controlo o que é concordante com os estudos que defendem que os sujeitos com PASP, apresentam dificuldades no processamento de emoções, de uma forma geral, pelo que a dispersão de agrupamentos emocionais é natural (Pires, 2011).

Estes dados podem ainda ser justificadas pelas teorias dimensionais da categorização de emoções (ver, por exemplo, Lang, 1995), onde é sugerido que a categorização de estímulos emocionais se faz segundo a sua valência (positivo *vs* negativo) e intensidade (activo *vs* passivo).

Apesar da semelhança encontrada nestes dois grupos de emoções, o grupo clínico revelou dificuldade em formar um grupo de “emoções positivas”, apesar da tendência mostrada em agrupar esta categoria de emoções (ver figura 2), os sujeitos não formaram um grupo coeso, no entanto, o grupo de controlo foi capaz de o fazer.

Estes resultados parecem ser discordantes dos encontrados por Croker e McDonald (2005) que referem que a avaliação de estados emocionais “positivos” como a alegria é considerada menos sofisticada por se tratar de estímulos mais estereotipados, frequentes e reforçados por vários contextos sociais.

De acordo com os estudos de Unoka e colaboradores 2011; Fairchild e colaboradores 2010, os sujeitos que apresentam dificuldades no processamento de informações sociais importantes como as emoções, como acontece na perturbação Borderline, ou na PASP, tendem a ter mais dificuldade em reconhecer emoções negativas. Desta forma, seria de esperar que tivessem mais dificuldade também em categoriza-las (uma vez que o reconhecimento antecede a categorização), pelo que os nossos resultados também não são concordantes com os destes estudos.

Contudo podem ser explicados por outras teorias, senão vejamos, o grupo clínico é formado por sujeitos com PASP e concomitantemente com abuso de substâncias (neste caso a toxicoddependência). Depreende-se portanto que possam ter tido mais contacto com estados emocionais negativos, uma vez que são provenientes de famílias disfuncionais nas quais existem maus tratos, negligência de cuidados básicos e de aprendizagens relevantes. Deste modo, estes sujeitos tiveram uma aprendizagem rica em esquemas disfuncionais, carregados de estímulos negativos e pouca aprendizagem de estímulos e reforços positivos. Posto isto, é-lhes mais fácil reconhecer e logo categorizar com estímulos negativos Esta hipótese é corroborada pelas teorias da aprendizagem Bandura, (1977) e da vinculação (Bolwbi, 1982) anteriormente apresentadas, bem como pelo estudo de Scott et. al. (2011).

Estes resultados podem ainda ser explicados segundo a teoria da assimetria no funcionamento psicológico, segundo a qual os acontecimentos negativos têm prioridade

relativamente aos positivos, (Baumeister, 2001). De um modo geral, os acontecimentos negativos captam atenção, produzem emoções mais intensas, recordações maiores e mais vivas e alterações mais duradouras no ajustamento, saúde e qualidade de vida, sendo que há uma maior propensão para prestar atenção, reter e utilizar informação negativa (Baptista, 2012).

Esta assimetria consiste num processo tão básico, num fenómeno tão universal, que até na linguagem do dia-a-dia tem reflexos. Deste modo, existem mais palavras para descrever aspectos emocionais negativos do que positivos. A título de exemplo, na maior compilação de palavras para descrever estados emocionais, desenvolvida por James Averill da Universidade de Massachusetts, designada por *Atlas Semântico de Palavras Emocionais* e composta por 558 palavras, 62% correspondem a estados emocionais negativos (*cit in* Baptista, 2012).

Para além da facilidade em identificar estes estados emocionais, verificaram-se outros resultados relevantes. Em ambos os grupos as emoções “orgulhoso” e “enojado” não foram agrupadas em nenhuma categoria. O estado emocional orgulhoso pode ter uma dupla interpretação (negativo *vs* positivo), pelo que tende a ser excluído das restantes categorias formadas. Quanto ao estado emocional enojado, os participantes tendem a não o reconhecer como estado emocional pelo que, dificilmente é incluído nas demais categorias.

Contudo, o grupo de controlo exclui o estado emocional “surpreso”, das restantes categorias formadas, o que não se verifica no grupo clínico. Tal pode dever-se ao facto de este estado emocional ter uma dupla interpretação (positivo *vs* negativo) à semelhança do que acontece com o estado emocional “orgulhoso”.

Outro aspecto relevante que se verificou nos agrupamentos formados pelo grupo clínico foi a exclusão do estado emocional “culpado” das outras categorias. Apesar deste estado emocional se aproximar do grupo de emoções “negativas activas” não está suficientemente próximo para pertencer à categoria. De facto, este estado emocional pode ter sido interpretado mais como uma condição legal não favorável (ser dado como culpado por um determinado crime), e não como um estado emocional.

Uma outra justificação para estes resultados assenta nas características da própria perturbação. Os sujeitos com PASP, raramente se sentem culpados, pois são pessoas muito centradas em si, com uma grande incapacidade em aceder aos sentimentos dos outros ou de entender a sua perspectiva, relacionando-se esta postura com a ausência de sentimentos de culpa. Uma vez que experienciam pouco esta emoção têm dificuldade em analisar semanticamente a palavra.

Embora tenhamos obtido resultados interessantes, sobretudo no que concerne à dificuldade apresentada pelo grupo clínico em formar uma categoria coesa de emoções positivas, deparamo-nos com algumas limitações. Uma das principais limitações é intrínseca à própria tarefa experimental, dado que a pesquisa de categorias formadas é feita visualmente, logo é subjectiva. Embora existam medidas para determinar a proximidade dos estados emocionais que formam ou não uma categoria, esta é uma medida falível e que varia de investigador para investigador. Outra das limitações prende-se com a dificuldade de acesso a um grupo clínico mais representativo, a população toxicodependente é muito flutuante, de difícil acesso e de difícil testagem. Pensamos que poderíamos ter tido resultados mais surpreendentes com um grupo maior. Como propostas de trabalho futuro pensamos que seria vantajoso avaliar o reconhecimento de estados emocionais neste grupo clínico e assim perceber se esta dificuldade se verifica também no reconhecimento de emoções positivas ou se é exclusiva na categorização.



## 5. Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (5ª Ed.; J. Almeida, Trad.). Lisboa, Climepsi Editores.

Aharonovich, E., Amrhein, C., Bisaga, A., Nunes, E. V., & Hasin, P., S. (2008). Cognition, commitment language, and behavioral change among cocaine dependent patients. *American Psychological Association*, 22,557-562.

Ashby, F., Alfonso-Reese, A., Turken, U., & Waldron, E., M. (1998). A neuropsychological theory of multiple systems in category learning. *Psychological Rev*, 105, 442 - 481.

Baptista, A. (2012). O poder das Emoções Positivas. Lisboa: Edições Pactor, 33,34.

Barett, F., & Gross, J., J. (2001). Emotion representation and regulation: a process model of emotional intelligence. In T. Mayene & G. Bonnano (Eds.), *Emotion: Current Issues and Future Directions* (pp. 286-310). New York: Guilford

Bogdan, R., J. (2000). *Minding minds: Evolving a reflexive mind by interpreting others*. Cambridge, MA: MIT Press.

Brower, M., C. (2001). Price, B.H. Evenden, L. - Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behaviour: a critical review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 71,720-6.

Baldwin, A., & Tomasello, M. (1998). *Word learning, A window on early pragmatic understanding*. In E.V. Clark (Ed), *The proceedings of the twenty-ninth annual child language research forum* (pp. 3 - 23). Stanford: Center for the Study of Language and Information.

Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. Cambridge, MA: MIT Press.

Bargh, A., & Ferguson, J. (2000). Beyond behaviorism: on the automaticity of higher mental processes. *Psychol Bull*, 126, 925 - 945.

Campanella, S., Quinet, R., Bruyer, M., Crommelinck, M., & Guerit, J. (2002). Categorical Perception of Happiness and Fear Facial Expressions, An ERP Study. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14 (2), 210 - 227.

Couture, S. M., Roberts, D. L., & Penn, D. L. (2006). The functional significance of social cognition in schizophrenia: A review. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (1), S44 - S63.

Del-Ben, C. (2005). Neurobiologia do Transtorno de Personalidade Anti-Social. Departamento de Neurologia, Psiquiatria Médica da Faculdade de Medicina de ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Domes, G., Schulze, L., Sabine, C., Herpertz, J. (2009). Emotions recognition in Borderline Personality disorder – a review of literature. *Journal of Personality Disorders*, 23, 6-19.

Eysenck, M. (2005). *Cognitive Psychology A Student's Handbook*. (Fifth Ed.). Royal Holloway, University of London, UK: Mark Keane University College Dublin.

Falkmer, M., Bjällmark, A., Larsson, M., Falkmer, T. (2011). Recognition of facial expressed emotions and visual search strategies in adults with Asperger syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 210-217.

Freitas-Magalhães, A., Castro, E., & Batista, J. (2008). *Facial expression: The recognition of basic emotions in alcoholic dependents. Empirical study with Portuguese*. Paper presented at the XXIX International Congress of Psychology (ICP 2008), Berlin, Germany.

Fairchild, G., Stobbe, Y., Goozen, S., Calder, A., Goodyer, I. (2010). Facial Expression Recognition, Fear Conditioning, and Startle Modulation in Female Subjects with Conduct Disorder. *Biological Psychiatry Elsevier*.

Gabbard, G., O. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. (4 ed.) Porto Alegre: Artmed

García, K., S. L., & Junior, M., L., C. (2008). Antisocial behavior and alcohol consumption by school adolescents. *Latino-Americana de Enfermagem*, 16, 299-305.

Grekin, E. R., Sher, K. J., & Wood, P. K. (2006). Personality and substance dependence symptoms: modeling substance-specific traits. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20 (4), 415-424.

Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington DC: American Psychological Association.

Hoffman, M. L. (1993). Empathy, social cognition, and moral education. In A. Garrod (Ed.), *Approaches to moral development, New research and emerging themes* (pp. 157 - 179). New York: Teacher's College Press.

Kaplan, I., & Sadock, J. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. (9 ed.). Porto Alegre: Artmed..

Koob, F., & Moal, L. (2008). Addiction and the brain antireward system. *Annual Review of Psychology*, 59, 29-53.

Lang, P. (1995). The emotion probe: Studies of motivation and attention. *American Psychologist*, 50, 372 - 385.

Lezak, M. D., Howieson, D. B., & Loring, D.W. (2004). *Neuropsychological Assessment*. (4th ed). New York: Oxford University Press.

Scott, L., Levy, K., Adams, R., Stevenson, M. (2011). Mental State Decoding Abilities in Young Adults With Borderline Personality Disorders Traits. *American Psychological Association*, 2, 98-112.

Martins, A. (2010). *Processamento de Emoções realizado por sujeitos com traumatismo crânio-encefálico*. Universidade do Algarve.

Marsh, A., Blair, R. (2008). Deficits in facial affect recognition among antisocial populations: a meta-analysis *Neurosci Biobehav*, 32, 454-465.

McCabe, A., Smith, L., & LePore, M. (2000). Intentionality detection and "mindreading", Why does game form matter? *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 97, 4404-4409.

Montero, Y., Fernández, F., & Rodriguez, M. (2004). Arquitectura de la Información en los virtuales de aprendizaje, Aplicación de la técnica de Card Sorting y análisis cuantitativo de los resultados. *El Profesional de la Información*, 13,93 - 99.

Negreiros, J. (2000). Estimativa da Prevalência e padrões de consumo problemático de drogas em Portugal. Universidade do Porto.

Pacheco, J., Alvarenga, P., Reppold, C., Piccinini, A., & Hutz, S. (2005). Estabilidade do comportamento anti-social na transição da infância para a adolescência: uma perspectiva desenvolvimentista. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, 55-61.

Pires, S. (2011). Externalização e processamento emocional e social em reclusos. Universidade de Aveiro.

Ramsey, L., Langlois, H., & Marti, N. (2005). Infant Categorization of faces, Ladies first. *National Institutes of Health*, 25(2), 212 - 246.

Roberts, J., & Wedell, D. (1993). Context Effects on Similarity Judgments of Multidimensional Stimuli: Inferring the Structure of the Emotion Space. *Journal of Experimental Social Psychology*, 30, 1 - 38.

Robinson, L., Heaton, K., Lehman, A., & Stilson, D.W. (1980). The utility of the Wisconsin Card Sorting Test in detecting and localizing frontal lobe lesions. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 48, 605 - 664.

Roy, F., Baumeister and Bratslavsky E. (2001). *Bad is stronger than good*. Western Reserve University Catrin Finkenauer Free University of Amsterdam Review of General Psychology Vol. 5. No. 4. 323-370.

Spiering, B., & Ashby, F. (2008). Response processes in information – integration category learning. *Neurobiology of learning and memory*, 90, 330 - 338.

Unoka, Z., Fogd, D., Füzy, M., Csukly, G. (2011). Misreading the facial signs: Specific impairments and error patterns in recognition of facial emotions with negative valence in

borderline personality disorder. Department of Psychiatry and Psychotherapy, Semmelweis University, Budapest, Hungary.

Vasconcellos, S., Gauer, G. (2004). A abordagem evolucionista do transtorno da personalidade anti-social. *Revista de Psiquiatria*, 1,78-85.

Vasconcelos, C., Praia, & J., Almeida, L. (2003). Teorias da Aprendizagem Ensino/Aprendizagem das ciências: da instrução à Aprendizagem. *Psicologia Escolar e Educacional*, 7, 11-19.

# Anexos

## Anexo I

### **Consentimento Informado**

O presente trabalho de investigação tem como objectivo a obtenção do grau de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade do Algarve. Consiste na aplicação de algumas provas de avaliação cognitiva, personalidade, sintomatologia e processamento de emoções. A tarefa experimental é dividida em 3 partes: Reconhecimento de emoções através de expressões faciais; Julgamento Moral; e Categorização de emoções. Os resultados desta investigação são anónimos e confidenciais servindo apenas para fins científicos. De referir ainda que poderá abandonar a experiencia em qualquer momento do processo.

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

(se quiser participar no estudo preencha os dados seguintes).

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Anexo II

**QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO****Identificação:** \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Concelho: \_\_\_\_\_

Cidade/Vila Lugar: \_\_\_\_\_

Escolaridade (nº de anos): \_\_\_\_\_

Profissão (qual e há quanto tempo): \_\_\_\_\_

Profissões anteriores: \_\_\_\_\_

## Doenças

Alguma vez consultou um Neurologista: \_\_\_\_\_

Doença(s) \_\_\_\_\_

Alguma vez consultou um Psiquiatra: \_\_\_\_\_

Doença (s): \_\_\_\_\_

Outros médicos: \_\_\_\_\_

Doença (s) (ex: Diabetes): \_\_\_\_\_

## Antecedentes Familiares:

Doenças Neurológicas: Pai \_\_\_ Mãe: \_\_\_ Avós: \_\_\_ Tios: \_\_\_

Doenças Psiquiátricas: Pai: \_\_\_ Mãe: \_\_\_ Avós: \_\_\_ Tios: \_\_\_

Outras Doenças (especificar quais): \_\_\_\_\_

Alguma vez teve um AVC, Epilepsia, Traumatismo Crânio Encefálico.



## Consumos

Álcool bebe bebidas alcoólicas:

Todos os dias:  Alguns dias por semana:  Só ao fim de semana: Só em ocasiões festivas/sociais:  Raramente:  Não bebe: Drogas: Consume/consumiu habitualmente drogas? Sim  Não 

Frequência:

Todos os dias: Alguns dias por semana: Só ao fim de semana:  Só em ocasiões festivas/sociais: Raramente:  Não consome: 

Quantidade (especificar tipo e quantidade de droga): \_\_\_\_\_

Psicofármacos: Sim:  Não: 

Especificar : \_\_\_\_\_

Visão: Vê bem:      Usa óculos/lentes:      Especificar: (ex:Miopia): \_\_\_\_\_

Audição: Ouve bem  Perda de Audição:  Usa prótese auditiva: 

Lateralidade: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_