



ANA SOFIA COELHO RUA

**O RECONHECIMENTO EMOCIONAL EM PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA E
EM PESSOAS COM PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

2012

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**O Reconhecimento Emocional em pessoas com Esquizofrenia e em pessoas com
Perturbação Depressiva**

Ana Sofia Coelho Rua

Setembro 2012

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia,
Ramo de Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de
Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto,
orientada pela Professora Doutora Cristina Queirós (FPCEUP).

AGRADECIMENTOS

Para a concretização desta dissertação houve contributos que não posso deixar de referir. Por essa razão, expresso os meus sinceros agradecimentos:

À minha orientadora, Professora Doutora Cristina Queirós pelo incansável apoio e dedicação.

À Dra. Anita Mendes Pinto pela tranquilidade transmitida e pela disponibilidade e consentimentos imediatos para a recolha de dados na sua clínica.

À “Casa Ozanam” que me permitiu a recolha de dados com total disponibilidade e apoio, especialmente ao Sr. Presidente, Dr. Manuel Guedes e à equipa técnica, nomeadamente Dr. João Figueiredo, Dra. Cristina Ratanji, Dra. Ana Lúcia Frutuoso e Dra. Lúcia Sousa pela colaboração.

A todos os utentes da “Clínica São Sebastião” e da “Casa Ozanam” e a todos os estudantes da F.P.C.E.U.P. que amavelmente se disponibilizaram para participar neste estudo.

À minha mãe pelo apoio incondicional, paciência e confiança. Pelo amor incansável e orgulho inquestionáveis, refletidos em palavras e atos que me preenchem o coração e me deixam eternamente grata.

Ao meu irmão, pelo amor, dedicação e preocupação constantes. Obrigada pelos “puxões de orelhas” nas alturas certas e confiança total. Obrigada por seres quem és!

Ao meu pai, pela preocupação, pelo orgulho que me transmitia sempre que uma etapa era ultrapassada e pela confiança que depositou em mim.

À Cátia Magalhães e à Andreia Sousa, amigas inseparáveis de todo este percurso académico. Obrigada pela vossa amizade sempre e para sempre.

A todos o meu sincero e eternamente grato Obrigada!

RESUMO

Esquizofrenia e Perturbação Depressiva são perturbações mentais com características distintas, mas ambas com comprometimento ao nível das competências sociais. Atualmente é sugerido que tais implicações podem dever-se a défices na capacidade de reconhecimento emocional de faces, embora não haja consenso na literatura.

Este estudo teve por objetivo conhecer o grau de dificuldade de reconhecimento emocional em pessoas com experiência destas duas perturbações, bem como comparar esta capacidade com um grupo de referência e verificar se esta capacidade de reconhecimento emocional está correlacionada com outros indicadores de doença mental.

A amostra foi constituída por 33 utentes (16 com Esquizofrenia e 17 com Perturbação Depressiva) e 35 estudantes universitários (grupo de referência). Todos visualizaram 42 fotografias de três homens e três mulheres a expressarem sete emoções (raiva, tristeza, medo, nojo, surpresa, alegria e desprezo). Foram utilizados instrumentos para avaliar a presença de patologia e uma tarefa de Reconhecimento Emocional de Faces.

Os resultados obtidos indicam que os sujeitos com experiência de Esquizofrenia e de Perturbação Depressiva apresentam dificuldades no reconhecimento emocional de faces quando comparadas com o grupo de referência, em todas as emoções com exceção da Alegria. Estes resultados confirmam as dificuldades no reconhecimento emocional nos sujeitos com estas perturbações mentais, podendo ser úteis para preparar intervenções que melhorem as competências sociais.

PALAVRAS-CHAVE: Reconhecimento Emocional; Estímulos visuais; Esquizofrenia; Perturbação Depressiva.

ABSTRACT

Depressive disorder and schizophrenia are mental disorders with distinct characteristics, but both presenting a deficit on social skills. Actually it is suggested that such implications may be due to deficits in the ability of facial emotion recognition, although there is no consensus in the literature.

This study aims to know the degree of difficulty of emotional recognition in people with experience of these two pathologies, as well to compare this ability with a reference group, and to verify if this emotional recognition capacity is correlated with other indicators of mental illness.

The sample consisted of 33 patients (16 with schizophrenia and 17 with depressive disorder) and 35 university students (reference group). All viewed 42 photos of three men and three women expressing seven emotions (anger, sadness, fear, disgust, surprise, joy and contempt). We used instruments to assess the presence of pathology and a facial emotion recognition task.

The results suggest that persons having schizophrenia or depressive disorder have difficulty in facial emotion recognition, when compared with the reference group, in all emotions, excepting joy. These results confirm the difficulties on emotional recognition in subjects with these mental disorders, which can be useful for preparing interventions that improve social skills.

KEY-WORDS: Emotion Recognition; Visual stimulation; Schizophrenia; Depressive Disorder.

RÉSUMÉ

La schizophrénie et la dépression sont des troubles mentaux ayant des caractéristiques distinctes, mais les deux avec un déficit au niveau des aptitudes sociales. Actuellement il est suggéré que ces conséquences peuvent être provoquées par des déficits dans la capacité de reconnaissance émotionnelle des visages, quoiqu'il n'y a pas de consensus dans la littérature.

Cette étude veut connaître le degré de difficulté de reconnaissance émotionnelle chez les personnes ayant de l'expérience de ces deux perturbations, ainsi que comparer cette capacité avec un groupe de référence, et, aussi, vérifier si cette capacité de reconnaissance émotionnelle a une corrélation avec d'autres indicateurs de maladie mentale.

Pour l'étude on a utilisé un échantillon composé par 33 personnes avec maladie mentale (16 avec schizophrénie et 17 avec trouble dépressif) et 35 étudiants universitaires (groupe de référence). Tous ont vu 42 photos de trois hommes et trois femmes exprimant sept émotions (colère, tristesse, peur, dégoût, surprise, joie et mépris). Ont été utilisées des instruments pour évaluer la présence de la pathologie et une tâche de reconnaissance émotionnelle des visages.

Les résultats suggèrent que les sujets avec schizophrénie et les sujets avec dépression ont des difficultés dans la reconnaissance émotionnelle de visages, en comparaison avec le groupe de référence. Cela se passe dans toutes les émotions, à l'exception de la joie. Ces résultats confirment les difficultés dans la reconnaissance émotionnelle chez les sujets atteints de ces troubles mentaux, et les résultats peuvent être utiles pour la préparation des interventions visant à améliorer les aptitudes sociales.

MOTS- CLÈ : Reconnaissance émotionnelle ; Photos ; Schizophrénie ; Trouble Dépressif.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 1 |
| 1.1. Emoções | 3 |
| 1.1.1. A expressão facial: “ <i>É impossível não comunicar</i> ” (Watzlawick, 1967) | 3 |
| 1.1.2. Emoções e o reconhecimento emocional de faces | 5 |
| 1.1.3. A avaliação no Reconhecimento Emocional de Faces | 8 |
| 1.2. Esquizofrenia | 10 |
| 1.2.1. A doença | 10 |
| 1.2.2. Reconhecimento emocional na Esquizofrenia | 12 |
| 1.3. Perturbação Depressiva | 16 |
| 1.3.1. A doença | 16 |
| 1.3.2. Reconhecimento emocional na Perturbação Depressiva | 18 |
| 2. METODOLOGIA | 21 |
| 2.1. Instrumentos | 22 |
| 2.2. Procedimento | 25 |
| 2.3. Participantes | 25 |
| 3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS | 27 |
| 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 32 |
| 5. CONCLUSÕES | 34 |
| 6. REFERÊNCIAS | 37 |

1. INTRODUÇÃO

O Homem é um ser social. Significa portanto, que está inserido num meio do qual fazem parte outros indivíduos e com os quais, necessariamente desenvolve relações sociais, que, por sua vez dependem das competências individuais ao nível da expressão e reconhecimento das emoções, que vão sendo aprendidas no decurso das interações que estabelecem ao longo da vida, desde logo com as suas figuras de vinculação. Palavras ou gestos são muitas vezes substituídos por expressões faciais ou fazem-se acompanhar por estas, não sendo sempre consistentes. Darwin e Ekman sugeriram que as expressões faciais, mesmo perante esforços do indivíduo no sentido oposto, transmitem verdadeiramente os pensamentos ao invés das palavras que podem ser alteradas e transmitir emoções, pensamentos e intenções “falsificados” (Ekman, 2003). As emoções são então um componente central na comunicação, dado ser na sequência da expressão facial de emoções, do reconhecimento adequado da mesma pelo outro e conseqüente resposta adaptativa por esse outro, que se desenvolvem as interações sociais. Mas estarão estas competências adequadas e igualmente desenvolvidas em todas as pessoas? A literatura sugere que não, sugerindo que em algumas perturbações mentais e emocionais, nomeadamente na Esquizofrenia e na Perturbação Depressiva, estas competências comunicacionais e sociais estão comprometidas, decorrente de inúmeros fatores associados à própria perturbação. Revela-se importante salientar que ao longo da presente dissertação designar-se-ão estes indivíduos como pessoas com experiência de doença mental ao invés de pessoas com doença mental, dado considerarmos tratar-se de uma designação menos estigmatizante e, portanto, mais adequada e visando seguir o novo paradigma de reabilitação psiquiátrica, tendo em consideração as melhorias constatadas na prática clínica com estes doentes (Anthony & Farkas, 2009, cit in Marques & Queirós, 2012).

A esquizofrenia é uma perturbação psiquiátrica caracterizada pela presença de dissociação entre pensamento e realidade, traduzindo-se na incapacidade do doente integrar emoções e sentimentos com os pensamentos, podendo apresentar crenças irreais (delírios), percepções falsas do ambiente (alucinações) e comportamentos inadequados. Trata-se de uma doença largamente incapacitante para o indivíduo, não lhe permitindo desempenhar um papel social e individual normativo. A Perturbação Depressiva, por seu turno é uma doença mental que se caracteriza por um estado emocional pautado pela tristeza permanente, pela perda de interesse por atividades anteriormente prazerosas para o indivíduo (anedonia) e pela perda de energia ou cansaço fácil (astenia). Decorrente destes e de outros sintomas, tal como o

isolamento social, habitualmente os indivíduos diagnosticados com esta doença expressam cognições negativas acerca de si mesmo, dos outros e do Mundo, o que poderá repercutir-se negativamente ao nível do funcionamento social destes sujeitos. A sua importância está relacionada quer com o aumento crescente do número de diagnósticos de Perturbação Depressiva a nível mundial, quer com a sua implicância ao nível da esperança de vida destes indivíduos, sugerindo a Organização Mundial de Saúde (OMS) esta ser uma das doenças que mais contribui para uma redução da esperança média de vida dos indivíduos entre os 14 e os 45 anos de ambos os sexos.

Vários autores sugerem que a capacidade de reconhecer correctamente a emoção no outro não está adequadamente desenvolvida em pessoas com experiência de esquizofrenia, sobretudo no que concerne à emoção medo. O seu reconhecimento revela-se mais difícil, comparativamente a outras emoções, tais como a alegria, sendo sugerido que tal se deve à falha no funcionamento da amígdala, durante o processo de reconhecimento das emoções positivas e negativas, em pessoas com experiência de esquizofrenia, comparativamente a pessoas saudáveis (Kohler et al., 2003). Relativamente à Perturbação Depressiva, a literatura sugere que doentes diagnosticados com depressão apresentam um viés quer na expressão emocional, quer no reconhecimento adequado das emoções, tendo efeitos diretos nas competências sociais e relacionais destes sujeitos, o que conduz, por sua vez, a um agravamento do seu comprometimento social e emocional. Poder-se-á considerar a presença de um ciclo de influência, no sentido negativo, entre sintomas e défices, que torna estas perturbações mais debilitantes para os sujeitos que as detêm.

Assim, assumindo as dificuldades de reconhecimento emocional na Esquizofrenia e na Perturbação Depressiva, este trabalho tem por objetivos conhecer o grau de dificuldade de reconhecimento emocional em pessoas com experiência destas duas perturbações, bem como comparar esta capacidade com um grupo de controle e verificar se esta capacidade de reconhecimento emocional está correlacionada com outros indicadores de doença mental. Começaremos por abordar o tema das emoções, para em seguida referir o reconhecimento emocional em cada uma das patologias já referidas.

1.1. Emoções

Neste ponto iremos abordar o conceito e importância das expressões faciais ao longo do ciclo vital, assim como a importância do reconhecimento emocional de faces. Em seguida são analisados sucintamente os diferentes métodos de avaliação do reconhecimento emocional de faces.

1.1.1. A expressão facial: “*É impossível não comunicar*” (Watzlawick, 1967)

O quotidiano do ser humano pauta-se por constantes interações sociais realizadas com recurso à linguagem verbal, mas também às expressões faciais. A expressão facial é a forma de comunicar que marca o indivíduo mais precocemente. Enquanto recém-nascidos e bebés, é através da expressão facial que comunicamos estados emocionais e de espírito, necessidades e desejos, particularmente aos cuidadores. Com o processo de desenvolvimento, novas formas de comunicação vão assumindo um peso acrescido, nomeadamente a linguagem verbal, mas de facto, a expressão facial continua a assumir um papel extremamente importante.

O culminar de movimentações da testa, bochechas, boca, olhos, entre outros, realizadas por um conjunto de músculos faciais ativados pelos nervos motores com controlo neuronal, faz emergir a expressão facial. Esta poderá ser voluntária ou involuntária, sendo sabido tratar-se de expressões controladas por regiões cerebrais independentes. A lesão numa região não compromete ambas as expressões mas apenas aquela que é por si controlada (Ekman, Matsumoto & Friesen, 1997). Assim, lesões nos sistemas extra-piramidais conduzem a alterações nos movimentos faciais involuntários, havendo a incapacidade de produzir uma expressão facial espontaneamente, enquanto indivíduos que apresentem lesões nos sistemas piramidais revelam-se incapazes em produzir voluntariamente uma expressão facial (Ekman, 2003).

Após a primeira referência à expressão facial por Darwin (1872, cit in Ekman, 1999), na sua obra “*The expression of the emotions in man and animals*”, na qual aborda as expressões com carácter universal, diversas propostas têm surgido. Entre as décadas de 20 e 60, os autores postulavam que as expressões faciais eram socialmente aprendidas, não transmitindo informação precisa (Bruner & Tagiuri, 1954, cit in Ekman, 1993). No final da década de 60 e início da década de 70, emergiram novas abordagens à expressão facial, que perduram até à atualidade, para as quais foram extremamente importantes os estudos de Ekman e colaboradores (1972) e também de Izard (1971).

Particularmente Ekman, Tomkins e Friesen, conduziram diversos estudos através dos quais constataram a inexistência de diferenças inter-culturais no reconhecimento emocional das expressões faciais, nem na forma como os indivíduos expressam espontânea ou deliberadamente as suas emoções. Ekman, um dos autores que mais tem contribuído para o crescente interesse e fomento de conhecimentos relativos às emoções e expressões faciais, propôs, tal como Darwin (1872), Tomkins (1962) e Plutchik (1962), que as expressões são universais, verificando, no entanto, que a imposição de regras culturais específicas poderá restringir a expressão ou a experimentação de certas emoções, conduzindo a algumas diferenças culturais (Ekman, 1992, 1993, 1999). As diferenças que se poderão revelar em estudos interculturais, na perspectiva de Ekman, ocorrerão apenas quando não se tratam de expressões espontâneas, ou seja, as seis expressões faciais de emoções básicas e universais (alegria, tristeza, surpresa, medo, raiva e nojo). O autor propõe assim, o conceito de universalidade, referindo que o ser humano nasce com a capacidade de reconhecer estas seis emoções, independentemente da cultura, adquirindo a capacidade de reconhecer as restantes emoções através da aprendizagem e no decurso da interação social (Ekman, 1992, 1998). Para comprovar a sua teoria, Ekman (1972) realizou um estudo que consistiu na apresentação de um conjunto fotografias de faces de americanos que expressavam as seis emoções básicas a indivíduos de culturas literadas e pré-literadas e os quais tinham de nomear a emoção que estava a ser expressa de um conjunto de emoções de uma lista. O autor verificou que os participantes reconheceram todas as emoções com exatidão consolidando assim a sua premissa de que se tratavam de emoções com reconhecimento universal (Keltner & Ekman, 2000). Outros teóricos propuseram outras abordagens. Lutz e White (1986), tal como antropologistas anteriormente sugeriram, propõem as emoções como construções sociais. Numa perspectiva inovadora Ontony e Tuner (1990) referem que a universalidade das emoções localiza-se nas suas componentes e não na emoção no seu todo. No entanto, dada a escassa replicação e a inexistência de métodos quantitativos de tais resultados, estas propostas não tiveram continuidade (Ekman, 1992). Primeiramente Darwin tinha proposto a universalidade das emoções. Contudo, o autor realçou também que, apesar dos esforços dos indivíduos para esconder emoções e expressões faciais, nem sempre o conseguem. O esforço realizado sob músculos difíceis de ativar voluntariamente, no sentido de inibir emoções, por exemplo, seria revelador dos verdadeiros sentimentos (Ekman, 2003). Para além disso, Darwin refere a expressão facial como uma de entre várias fontes informativas importantes e que interferem

na identificação e descodificação das emoções, tais como os movimentos com a cabeça, as mãos, entre outros. Desta feita, reconhecer uma emoção e ser bem sucedido nessa tarefa implica não só atender à expressão facial do indivíduo como aos fatores corporais (Ekman, 1993, 2003).

Na década de 60, a partir da observação de vídeos de doentes psiquiátricos, Ekman desenvolveu o conceito “micro expressões faciais”. Segundo o autor, trata-se de sinais bastante úteis de emoções escondidas, representando fragmentos das macro expressões emocionais. Para este, a análise detalhada de um total de sete características das micro expressões auxilia na diferenciação entre expressões faciais espontâneas e deliberadas. A título de exemplo podemos referir a simetria que está presente quando se trata de expressões faciais involuntárias, o mesmo não acontecendo quando o indivíduo “força” a expressão facial de uma emoção ou a duração, sendo que a permanência da expressão quer por períodos mais longos quer por períodos de tempo mais curtos são mais comuns quando a expressão facial é deliberada (Ekman, 2003). Paralelamente, os estudos de Ekman e colaboradores revelaram-se também importantes para o desenvolvimento de medidas mais precisas da expressão facial. Constatando que a medida utilizada, a electromiografia (EMG) continha algumas lacunas, foram desenvolvidos sistemas de medição das mudanças nas expressões do rosto (Keltner & Ekman, 2000). São exemplos o FACS (*Facial Action Coding System*) de 1978, num método objetivo para quantificar os movimentos faciais, o BART (*Brief Affect Recognition Test*), um teste desenvolvido pelo autor para o reconhecimento de micro expressões faciais, e o METT (*Micro Expression Training Tool*), uma versão do BART com vista a melhorar a capacidade dos indivíduos no reconhecimento das micro expressões faciais (Bartlett, Hager, Ekman & Sejnowski, 1999; Ekman, 2003; Matsumoto et al., 2008).

Atualmente, a proposta de Ekman relativamente à universalidade das emoções e expressões faciais é aquela que assume maior preponderância. A literatura postula, assim, a existência de seis expressões faciais universais, ou seja, que são identificadas e reconhecidas em qualquer parte do Mundo como expressando uma dada emoção, a referir alegria, tristeza, surpresa, medo, raiva e nojo.

1.1.2. Emoções e reconhecimento emocional

As primeiras referências às emoções surgiram com Descartes, o qual as associava à “desrazão”, consideração que permaneceu durante várias décadas. A partir de 1884, com

William James, iniciou-se um processo de descoberta das emoções como sendo um estado mental distinto, uma vez que envolve mudanças corporais, cognições, ações e expressões próprias, entre as quais as expressões faciais (Oatley & Jenkins, 2002). As emoções começaram então a ser valorizadas, dando início a um processo de identificação da sua pertinência no viver dos sujeitos.

O nascimento significa a inserção do ser humano num meio, numa sociedade, com regras, valores e crenças, que regem a vivência dos sujeitos. Decorrente da inevitabilidade de viver em sociedade, isto é, próximo de outros (e.g., família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho) a comunicação é também ela incontornável. A comunicação pode ser verbal e não-verbal, incluindo-se nesta última as emoções. As emoções são, sem dúvida, importantes elementos comunicacionais ou não fossem a forma comunicacional de referência nos recém-nascidos. Em sequência, vários autores se têm interessado pelo estudo das emoções nos indivíduos, procurando aprofundar os conhecimentos relativos à forma como as emoções, nomeadamente as suas formas de expressão, facilitam a interação entre o ser humano. Esta questão começou a ser abordada por Darwin, o qual se refere às expressões emocionais não como meras expressões, mas como comportamentos, na medida em que abarcavam uma intencionalidade. Ou seja, segundo o autor, as expressões emocionais são utilizadas pelo ser humano como forma de interagir com o meio, tendo portanto, um significado funcional (Fridja, 1986; Morrison, Bellack & Mueser, 1988).

Estes conceitos e considerações, embora não surjam referidos como sendo diretamente relacionados com as emoções, estão também presentes noutros teóricos, com diferentes denominações e abordagens. Contudo, é possível estabelecer-se uma pequena ligação entre eles. É o caso de Bowlby (cit in Frijda, 1986), que na sua teoria da vinculação refere que todo o ser humano nasce “equipado” com um dispositivo composto por inúmeros comportamentos (nos quais se inclui as expressões faciais de emoções), através do qual, logo após o nascimento, interage com as suas figuras de vinculação (predominantemente a mãe). Mesmo não sendo objetivo de Bowlby, é possível encontrar ligação entre as teorias, dado o autor referir a importância da reação da figura de vinculação às necessidades da criança, para o estabelecimento de uma vinculação segura e dos modelos de representação internos do *self* e dos outros, fazendo assim referência ao papel relevante das emoções na interação interpessoal. Implicitamente há referência às reações espelho, relatadas na literatura. Segundo Bowlby, por volta dos dois ou três anos inicia-se a fase da interação recíproca que se traduz

pela capacidade quer da criança quer da mãe de interferirem nos sentimentos e objetivos dos outros (Dias, 2007; Frijda, 1986; Reeve, Ozer & Ito, 2010). Esta consideração é facilmente compreendida se atendermos a exemplos comuns no dia-a-dia e que remetem para a ligação que pretendo salientar. Quando vemos uma criança, se sorrirmos para ela, esta tenderá também a sorrir para nós. Quando tal acontece estamos a interferir na emoção da criança, estando implícita a envolvimento dos neurónios em espelho, os quais foram referidos primeiramente por Rizzolatti e seus colaboradores, na década de 90, a partir de estudos com macacos. É decorrente do funcionamento destes neurónios que tendemos a copiar uma emoção que observamos, tendo estes neurónios como função facilitar a compreensão da informação proveniente no outro, permitindo uma compreensão automática, facilitando a inferência da intenção do outro e consequente adequação emocional e comportamental, tratando-se de uma cópia dessa expressão (Lameira, Gawryszewski, & Pereira, 2006; Rizzolatti, Fadiga, Gallese, & Fogassi, 1996). O mesmo acontece quando estamos, por exemplo, a visualizar um filme e surge um personagem com uma cara a expressar tristeza e é nossa tendência expressar também essa emoção.

De facto, a conclusão anteriormente apresentada permite realçar a pertinência das emoções ao longo de todo o ciclo vital do sujeito, dada a sua presença e influência nas relações e comunicações que o sujeito estabelece desde a fase inicial da sua vida. Trata-se portanto, de respostas multidimensionais, funcionando as expressões emocionais como pistas essenciais para a interação social. São fonte de informação para que o outro identifique o estado emocional do sujeito, reconhecendo-o adequadamente, e desencadeie uma resposta apropriada (processo exemplificativo da interação mãe-criança, já referida). É a adequação de cada uma destas fases que irá permitir ao indivíduo, ao longo de todo o seu percurso de desenvolvimento, construir uma representação positiva de si, do Mundo, dos outros e da sua relação com os outros, ou seja, ser bem sucedido no funcionamento interpessoal com o meio (Keltner & Kring, 1998; Darwin, 1872, cit in Surguladze et al., 2005). É então sugerido que as expressões emocionais, entre outras funções, têm um papel importantíssimo no funcionamento social, na medida em que fornecem informação relativa ao indivíduo que as expressa, no que diz respeito ao seu estado emocional, às suas intenções sociais, às características da relação entre emissor e recetor e quanto à saúde física e mental do emissor; fornecem informação relativamente aos objetos ou eventos do ambiente, uma vez que, frequentemente as interações sociais são a resposta adequada dos sujeitos a acontecimentos do

meio; e fornecem uma avaliação quanto às interações sociais, sugerindo que os indivíduos avaliam as relações sociais tendo por base também o seu humor e emoções decorrentes destas (Demenescu, Kortekaas, Boer, & Aleman, 2010; Haxby, Hoffman & Gobbini, 2002; Keltner & Kring, 1998; Matsumoto et al., 2008). A influência das emoções nas interações interpessoais é ainda mais extensa, dado a literatura sugerir que os sujeitos tendem a desenvolver respostas adaptativas às respostas emocionais dos outros, considerando que as expressões emocionais induzem emoções complementares (importantes motivadores de comportamentos sociais como o ajudar, o acalmar ou o perdoar), ou emoções similares (os casos mais estudados remetem para o a reciprocidade nos casos de constrangimento, riso, angústia ou tristeza) no outro (Keltner & Kring, 1998).

A presença de uma perturbação mental (e.g. esquizofrenia) ou de uma alteração no estado emocional, portanto, de uma perturbação emocional (e.g. perturbação depressiva) pode comprometer as competências de reconhecimento emocional (Demesnescu et al., 2010; Kohler et al., 2003). Não sendo o indivíduo capaz de reconhecer adequadamente as pistas sobre as emoções que o outro lhe transmite, será também incapaz de desencadear uma resposta adequada potenciando relações interpessoais e sociais pobres (Demenescu et al., 2010; Strongman, 2004). Reconhecida a importância das emoções no funcionamento social adaptativo dos sujeitos, vários autores têm incidido a sua investigação na psicopatologia, procurado compreender quais as implicações da presença de uma perturbação mental e/ou emocional, nomeadamente, a esquizofrenia e a perturbação depressiva, nas competências de expressão e reconhecimento emocional e, conseqüentemente ao nível do funcionamento social.

1.1.3. A avaliação no Reconhecimento Emocional de Faces

Os estudos que incidem sob a expressão emocional de faces poderão ter subjacentes duas abordagens distintas, as quais correspondem a dois períodos da história do estudo das emoções. As primeiras investigações tinham por objetivo analisar a competência dos indivíduos na expressão facial de emoções, tratando-se de estudos de codificação. Posteriormente o interesse dos autores incidiu na avaliação da competência dos indivíduos no reconhecimento das emoções nos outros promovendo estudos de reconhecimento emocional (Harper et al. 1978, cit in Mandal et al., 1998; Marwick & Hall, 2008).

Para se obter um conhecimento progressivamente mais fidedigno sobre o reconhecimento emocional de faces, o número de estudos tem vindo a aumentar, recorrendo a medidas de avaliação distintas, nomeadamente estímulos auditivos tais como vozes, música ou discursos, e estímulos visuais nos quais se pretende através de fotografias e filmes avaliar a perceção e a interpretação da postura corporal, gestos e de expressões faciais. O instrumento fotografias corresponde ao método estático e os filmes ao método dinâmico, sendo as primeiras as mais comumente utilizadas e aquelas que, desde o seu surgimento com Ekman, têm vindo a apresentar um significativo desenvolvimento. Neste seguimento, tem suscitado interesse na comunidade científica, o desenvolvimento de estudos com maior validade ecológica, através da implementação de estímulos dinâmicos de expressões faciais emocionais, em virtude da sua proximidade à realidade, na medida em que interações sociais não se caracterizam por comportamentos estáticos mas antes por expressões faciais em constante mutação e dinamismo. Também ao nível científico constata-se uma relativa escassez de estudos que implementam um sistema para avaliar a competência de reconhecimento emocional que integre ambos os métodos de avaliação (Busso et al., 2004). No âmbito da bibliografia analisada, os estímulos estáticos, isto é, o recurso a morphs, ou seja, a imagens de expressões faciais com diferentes intensidades emocionais, são propostos como opção viável para o reconhecimento de emoções através de expressões faciais.

No que reporta ao estudo do reconhecimento emocional de faces na psicopatologia, duas linhas de investigação estão presentes. Alguns estudos incidem nos mecanismos fisiológicos envolvidos no comprometimento das funções sociais na psicopatologia, visando identificar áreas cerebrais assim como os processos cognitivos como a atenção e memória implicados no processo de reconhecimento emocional de faces e que em alguns indivíduos com perturbação mental se encontram comprometidos. Num outro sentido, algumas investigações objetivam compreender o funcionamento social destes sujeitos através da perceção de falhas que estes apresentem nas tarefas de reconhecimento emocional (Keltner & Kring, 1998).

Em suma, competências que possivelmente se consideram adquiridas e comportamentos assumidos à priori de fácil compreensão, têm-se revelado surpreendentes e a investigação relativa à expressão facial e ao reconhecimento emocional tem permitido descobrir mais sobre o Homem, admirar a sua complexidade, nomeadamente na presença de psicopatologia. O interesse por esta área de investigação tem implicações, não apenas ao nível

do conhecimento científico e médico da psicopatologia, como poderá permitir aos profissionais de saúde (e.g. psiquiatras e psicólogos) desenvolver planos de intervenção específicos objetivando minimizar tais défices e potenciar um funcionamento social mais adaptativo destes sujeitos.

1.2. Esquizofrenia

O ponto seguinte incidirá na definição do conceito de Esquizofrenia, défices neurobiológicos a si associados e comorbidades relacionadas com esta perturbação.

1.2.1. A doença

Recuando largos séculos, encontramos uma primeira referência ao que atualmente se designa por esquizofrenia por Willis, em 1602. Na altura, este considerou tratar-se de adolescentes normais que se perdem na “estupidez”. Mas a “ignorância” relativa à esquizofrenia permaneceu, e em 1810, Pinel e Esquirol, consideraram que alguns indivíduos se caracterizavam por apresentar uma *“idiotia congénita e adquirida”*. Muito longe se encontravam da compreensão da perturbação que estava por detrás de alguns comportamentos de determinados indivíduos. Morel, em 1815, definiu de *“demência precoce”*, mas é Kraepelin que na literatura surge como o primeiro autor a aproximar-se daquilo que hoje se conhece por esquizofrenia. Em 1887, este autor observou que alguns jovens apresentavam uma *“demência precoce”*, doença grave que evoluía de forma crónica para um estado de debilidade psíquica e que se caracterizava por alterações da personalidade, mais concretamente por alterações profundas da efetividade, com presença de apatia, indiferença e sentimentos paradoxais (Sterian, 2001). Perante tais constatações, o autor propôs uma primeira classificação da doença diferenciando três tipos de psicose: *“psicoses curáveis de causa orgânica”*, *“psicoses incuráveis de causa interna”* e *“psicoses psicogénicas quase sempre curáveis”*. Kraepelin propôs ainda uma possível localização dos sintomas em regiões do cérebro tais como, a região pré-frontal, motora e o córtice temporal. Alguns anos mais tarde, Bleuler constatou que estes indivíduos apresentavam algo de parecido com uma cisão ou divisão da mente/pensamento, tendo assim surgido, em 1911, o termo *“esquizofrenias”* (Elkis, 2000; Neto, 2006). Este termo é composto pelas palavras *skhízein* que significa fender, separar, dividir, e *phrên* que remete

para os conceitos mente, espírito. Esquizofrenia poderá então ser traduzida como a “divisão do pensamento/da mente”.

Durante o século XX prevaleceu a proposta que Bleuler. Seguiram-se propostas de diferentes autores, realçando-se Schneider, dado ter identificado a presença de diversos sintomas que diferenciou entre sintomas de primeira ordem e sintomas de segunda ordem. A proposta deste autor ainda hoje é marcante e tal se comprova pelo facto de estes sintomas comporem os atuais critérios de diagnóstico desta perturbação (Neto, 2006). Atualmente, a esquizofrenia é considerada uma perturbação mental estando referenciada nos manuais de classificação destas perturbações, nomeadamente o CID-10 e o DSM-4 e cuja etiologia é ainda desconhecida. Muitas propostas são apresentadas na literatura, mas ainda não há consenso. Em 1985, Cutting referia ser ainda desconhecida a causa da esquizofrenia, apesar de a investigação salientar, progressivamente, tratar-se de uma perturbação assente numa base orgânica. Segundo o mesmo autor, a consideração dos fatores psicossociais como a causa da esquizofrenia não é sustentada pela investigação, podendo estes assumir uma importância acrescida para a sua emergência aquando de indivíduos em situação de risco.

Ao longo das décadas são muitas as propostas relativas às causas da esquizofrenia. Há autores que sustentam uma teoria genética considerando a esquizofrenia como uma doença hereditária. De facto, esta perturbação tem nitidamente uma base biológica. A presença de uma familiar de primeiro grau com esquizofrenia aumenta a probabilidade de o indivíduo também desenvolver esta doença. Contudo, não está ainda determinado de que forma se processa tal transmissão. Uma outra abordagem centra-se nos contributos ambientais, como por exemplo, complicações durante a gravidez ou parto, infeções, entre outros, que produzem alterações no Sistema Nervoso conduzindo à emergência desta doença. Esta teoria é sustentada por alguns estudos que recorrendo à tomografia computadorizada (TC) ou à ressonância magnética nuclear (RMN) detetaram pequenas alterações a nível cerebral em indivíduos com esquizofrenia. Por último, há ainda autores que sugerem existir nestes sujeitos alterações bioquímicas dos neurotransmissores cerebrais, particularmente na dopamina. Apesar das diversas abordagens e propostas quanto à etiologia parece ser cada vez mais consensual a interação dos vários fatores na emergência e desenvolvimento da esquizofrenia.

A esquizofrenia caracteriza-se por afetar diversas áreas do funcionamento psíquico tais como a linguagem, a emoção, a perceção ou a atividade motora. Os sintomas são inúmeros, constatando-se grande variabilidade entre indivíduos, mas são diferenciados em sintomas

positivos e negativos. Os sintomas positivos foram os primeiros a ser abordados e durante várias décadas os únicos a serem considerados relevantes para a doença esquizofrenia. Estes compreendem os delírios, as alucinações e a desorganização do pensamento. Os sintomas negativos englobam o embotamento afetivo, a alogia (pobreza do discurso), a apatia e a anedonia (retraimento social ou associabilidade). A importância destes para o funcionamento social dos indivíduos com esquizofrenia não é consensual, no sentido de ser salientada a importância, em diferentes estudos, de ambos os sintomas (Morrison, Bellack & Mueser 1988).

Vários são os exemplos que ilustram o comprometimento a nível social, cognitivo e motor nos indivíduos com esquizofrenia. Entre os mesmos constata-se, comparativamente a indivíduos saudáveis, um défice superior no reconhecimento emocional. Assim, atualmente, apesar de se manter uma ênfase geral no comprometimento cognitivo, cada vez mais é reconhecida a importância dos défices a nível emocional e social destes indivíduos na sua adaptação social e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos mesmos.

1.2.2. Reconhecimento emocional na esquizofrenia

Durante vários anos não se assistiu a qualquer evolução no estudo do reconhecimento emocional em indivíduos com esquizofrenia, uma vez que, de forma geral, é dada maior ênfase aos défices cognitivos nesta perturbação em detrimento dos défices afetivos, tendo tal contribuído também para a estagnação nos métodos e instrumentos utilizados. No entanto, sobretudo decorrente dos estudos de Izard (1971) e de Ekman e Friesen (1975) verificou-se uma progressiva evolução. Se inicialmente os estudos requeriam que indivíduos sem doença julgassem as expressões dos doentes, com as alterações na metodologia resultantes das propostas dos autores acima referidos, passou-se a requerer o julgamento das emoções pelos próprios indivíduos com esquizofrenia. Assim, a partir da década de 70 tornou-se possível estudar a competência e capacidade dos indivíduos com esquizofrenia no reconhecimento das emoções dos outros (Mandal et al., 1998). No entanto, constata-se alguma inconsistência nas conclusões.

Inicialmente, os estudos centravam-se quase exclusivamente na comparação do desempenho de indivíduos com esquizofrenia crónica com um grupo de controlo. Os resultados, de forma geral, sugerem uma inferior capacidade no reconhecimento de expressões facial de emoções universais nos indivíduos com esquizofrenia comparativamente

à população normal (Feinberg et al., 1986, Walker et al., 1984, ambos cit in Mandal et al., 1998). É também sugerido que, indivíduos com esquizofrenia crónica apresentam um comprometimento geral no reconhecimento emocional enquanto indivíduos com esquizofrenia na fase aguda da doença apresentam um comprometimento específico (Penn et al., 2000, cit in Hooker & Park 2002).

A constatação da possível interferência de variáveis como o nível da doença, a medicação/terapêutica, a duração da hospitalização, bem como o género ou a idade do doente no défice a nível do reconhecimento emocional na esquizofrenia, fortaleceu o interesse dos autores nestes fatores. As conclusões, tal como anteriormente referido, não são consensuais e não permitem elaborar conclusões incontestáveis. Contudo, apresentarei de seguida algumas, uma vez que contribuem para o enriquecimento neste domínio.

Alguns autores (Lewis & Gardner, 1995, Kline et al., 1992, ambos cit in Loughland, Williams & Gordon, 2002) sugerem que os indivíduos com esquizofrenia paranoide demonstram um reconhecimento emocional de faces mais preciso comparativamente a outros subtipos de esquizofrenia, outros (Addington & Addington, 1998, Borod et al., 1993, Mueser et al., 1996, todos cit in Loughland, Williams & Gordon, 2002; Schneider et al., 1995) constataam um maior comprometimento no reconhecimento de emoções negativas, sobretudo em indivíduos com esquizofrenia crónica e/ou em indivíduos que, devido ao processo da doença ou aos sintomas negativos, apresentam um prognóstico menos positivo da doença. O interesse pela diferenciação no desempenho perante emoções positivas e negativas tem sido notório. É sugerido que os indivíduos com esquizofrenia apresentam um desempenho inferior no reconhecimento de emoções negativas como o medo ou nojo, e neutras, comparativamente a emoções como a alegria, tristeza ou raiva, tendendo, relativamente às expressões neutras, ao viés negativo (Alfimova et al., 2009; Kohler, Bilker, Haagendoorn & Gur, 2000; Kohler et al., 2003; Linden et al., 2010; Loughland et al., 2004; Lukasova et al., 2007; Mandal et al., 1998; Schneider et al., 2006). Um dos motivos para esta desigualdade no desempenho poder-se-á dever ao facto de as emoções positivas terem uma única expressão universal contrariamente às emoções negativas. Outros autores (Bellack et al., 1996; Morrison et al., 1988; Archer et al. 1994, Gaebel & Woelwer, 1992, Schneider, et al., 1995, todos cit in Green, Williams & Davidson, 2003) por seu turno referem comprometimento no reconhecimento de emoções negativas como medo, raiva e tristeza. Para além disso, constata-se que o desempenho dos indivíduos com esquizofrenia melhora com o aumento da intensidade das

expressões faciais, à exceção da emoção nojo (Kohler et al, 2003; Sachs et al., 2004, cit in Lukasova et al., 2007).

No que reporta a outras características, nomeadamente a duração da hospitalização, a severidade da doença e tratamento/terapêutica, as conclusões revelam-se inconclusivas, não devendo ser contudo, variáveis negligenciadas (Hooker & Park, 2002; Kohler et al., 2010). Alguns autores sugerem que, por exemplo, longos períodos de hospitalização deverão ter necessariamente impacto no desempenho dos indivíduos nas tarefas de reconhecimento emocional (Morrison, Bellack & Mueser, 1988). Em diversos estudos é também referido que, entre os vários fatores que contribuem para o comprometimento do reconhecimento emocional nos indivíduos com esquizofrenia, parece ser importante o facto de estes não se focalizarem nos traços do rosto importantes para a codificação da emoção. Ou seja, o comprometimento deve-se ao comportamento de exploração visual limitado destes doentes, o qual não lhes permite obter uma perceção holística da face conduzindo, conseqüentemente, a um reconhecimento emocional menos fidedigno (Kohler et al., 2010; Williams, Loughland, Gordon & Davidson, 1999). Relativamente à variável género, a literatura sugere que os homens apresentam maiores dificuldades na perceção emocional, comparativamente às mulheres. Tal inferioridade no desempenho ocorre também entre indivíduos com esquizofrenia, verificando-se que os homens com esquizofrenia revelam um pior desempenho comparativamente às mulheres com esquizofrenia. Este resultado poderá, por um lado relacionar-se com as características e curso da esquizofrenia nos homens, nomeadamente um início mais precoce, ajuste pré mórbido mais pobre, menor nível de funcionamento diário e sintomatologia negativa mais severa, comparativamente às mulheres (Gur, Petty, Turetsky, & Gur, 1996, cit in Gur et al. 2006; Kohler, Bilker, Hagendoorn, Gur, & Gur, 2000).

Por fim, os estudos demonstram que o défice é generalizado a todas as faixas etárias, sendo contudo sugerido por alguns, existir uma correlação positiva entre as variáveis, ou seja, o comprometimento é superior em indivíduos mais velhos (Kohler et al. 2010).

A verificação de efetivas dificuldades e comprometimento dos indivíduos com esquizofrenia no reconhecimento emocional conduziu à elaboração de diversas hipóteses justificativas que não são consensuais. Enquanto Schneider e colaboradores (1992 cit in Mandal et al., 1998) sugerem que o comprometimento de doentes com esquizofrenia no reconhecimento emocional se deve a alterações inter-hemisféricas, outros autores apontam para alterações no hemisfério esquerdo (Mandal et al., 1998). De facto, o processo de

reconhecimento das emoções no outro assume elevada complexidade ativando diversas áreas do cérebro, nomeadamente frontal, pré-frontal e temporal (Adolphs, 2001; Hall et al., 2004; Matsumoto et al., 2008; Winston et al., 2002). Vários são os autores que procuraram realçar a presença de alterações estruturais nessas regiões cerebrais aquando da presença de comprometimento nesta tarefa. Alguns estudos realçam a influência do lobo temporal no comprometimento do reconhecimento emocional, especialmente na expressão da emoção medo (Kohler et al., 2003), enquanto outros sugerem que estes sujeitos revelam maiores dificuldades no reconhecimento das expressões faciais de emoções negativas, devido ao comprometimento na ativação da amígdala do hemisfério direito (Kohler, Turner, Gur, & Gur, 2004; Michalopoulou et al., 2008).

Para outros autores, enquanto os indivíduos saudáveis apresentam uma normal ativação do giro fusiforme e do giro temporal superior durante o reconhecimento da expressão facial medo, os indivíduos com esquizofrenia revelam uma ativação diminuída, sendo tal comprometedor do seu desempenho (Michalopoulou et al., 2008). Bediou (2005) sugere existir interferência dos córtice frontal e pré-frontal no processamento de informação facial estando estas regiões conseqüentemente envolvidas no défice dos indivíduos com esquizofrenia no reconhecimento emocional. Por último, outros autores consideram que o desempenho comprometido destes sujeitos se deve à combinação de um funcionamento empobrecido em diversas regiões do cérebro, mais especificamente dos lobos frontal e temporal e do sistema límbico, dado serem responsáveis pela integração de informação e processamento de emoções (Burns et al, 2003; Hall et al., 2004; Wright et al, 2000). De forma generalizada, as conclusões mais comumente referidas ressalvam a presença de alterações de funcionamento do giro fusiforme, sulco temporal superior, amígdala e córtex pré-frontal como justificativas para os défices de sujeitos com esquizofrenia no reconhecimento emocional (Marwick & Hall, 2008).

Uma outra sugestão foi elaborada, não sendo também consensual, e refere os défices no reconhecimento emocional em indivíduos com esquizofrenia como estando relacionados com os sintomas negativos (Alfimova et al., 2009; Baudouin et al., 2002; Hooker & Park, 2002; Gaebel & Wölwer 1992, Lewis & Garver, 1995, Lukoff et al., 1986, Mueser et al., 1996, Schneider et al., 1995, todos cit in Hooker & Park, 2002; Kohler et al., 2000; Morrison, Bellack & Mueser, 1988). Para Goldman e colaboradores (1993 cit in Lukasova et al., 2007), o comprometimento de doentes com esquizofrenia no reconhecimento das emoções deve-se à

prevalência de sintomas negativos, bem como, ao curso da doença. Assim, para estes autores a presença de sintomas como o embotamento afetivo, a falta de vontade e a apatia, diminuem o contato social do doente, conduzindo a uma menor necessidade ou experiência do mesmo na interpretação de emoções nos outros. Esta proposta não gera consenso, uma vez que outros autores concluíram existir associação com sintomas positivos (Hall et al., 2004; Hooker & Park, 2002; Lewis & Garver, 1995, Schneider et al., 1995, ambos cit in Hooker & Park, 2002; Kohler et al., 2000; Morrison, Bellack & Mueser, 1988), e um estudo reporta associação entre este comprometimento e a presença de sintomas positivos e negativos (Poole et al., 2000 cit in Hooker & Park, 2002),

Assim, embora o consenso não prevaleça, a literatura ressalva existir um efetivo comprometimento das competências de expressão e reconhecimento emocional, considerando-as como características integrantes da doença, independentes da presença e gravidade dos sintomas positivos e negativos e de dificuldades cognitivas, produzindo efeitos adversos ao nível do funcionamento psicossocial destes sujeitos (Cohen, Forbes, Mann & Blanchard, 2002; Cohen & Minor, 2010; Hooker & Park, 2002; Keltner & Kring, 1998; Kohler et al., 2004; Linden et al., 2010).

1.3. Perturbação Depressiva

Abordaremos agora o conceito de Perturbação Depressiva e suas implicações ao nível do reconhecimento emocional de faces.

1.3.1. A doença

A depressão é atualmente considerada uma doença de saúde pública, dado o crescente número de diagnósticos de indivíduos com depressão a nível mundial, estimando-se afetar mais de 400 milhões de pessoas em todo o Mundo (Organização Mundial de Saúde - OMS). A OMS refere a depressão como uma das principais causas de adoecimento da população, prevendo esta mesma organização que esta se torne nos próximos 20 anos na segunda doença mais dispendiosa e fatal. Considerada uma doença mental, uma perturbação emocional, a depressão reflete um estado psicológico debilitado e fragilizado, tendo fortes implicações no sujeito, do ponto de vista pessoal e profissional, bem como, naqueles que o rodeiam (e.g., família, amigos, colegas de trabalho). As Perturbações Depressivas podem ser percecionadas

num continuum, incluindo a Perturbação Depressiva *Major*, a Perturbação Distímica e as Perturbações Depressivas Não Especificadas, sendo a Perturbação Depressiva *Major* aquela que representa maior severidade. Os sintomas que doentes com Perturbação Depressiva *Major* manifestam são diversos, mas os principais e aqueles que geralmente funcionam como indicadores para que se questione a possibilidade de estar perante um caso de depressão são, uma profunda e prolongada tristeza, denominado no âmbito da prática clínica como humor depressivo ou irritável, perda de interesse ou prazer por atividades anteriormente alvo de atenção e preferência, diminuição ou perda de energia ou um estado de cansaço físico constante, agitação ou inibição psicomotora, alterações no peso (ganho ou perda), perturbações no sono, dificuldades de concentração e memória, baixa autoestima, sentimentos de desesperança, sentimentos de desvalorização e culpa inapropriada e, em casos mais severos, ideação de morte ou suicida (APA, 2002; Crujo & Marques 2009; Segrin, 2001).

Do ponto de vista emocional, a depressão caracteriza-se essencialmente, por uma constante experiência de profunda e marcada tristeza, por uma significativa diminuição na expressão emocional e pela anedonia, um sintoma muitas vezes negligenciado na literatura, e que se traduz pela incapacidade do indivíduo sentir prazer em atividades que anteriormente eram do seu agrado e das quais este retirava prazer, sendo comum a outras perturbações, nomeadamente, a esquizofrenia (Ellgring, 1989; Keltner & Kring, 1998). A nível do funcionamento social, indivíduos deprimidos apresentam reduzidas competências sociais, escassas relações íntimas, redes sociais de apoio reduzidas, relações menos gratificantes, poucos contactos sociais e maior frequência de problemas conjugais e familiares (Joiner & Timmons, 2009; Keltner & Kring, 1998). Estas duas áreas funcionais dos sujeitos diagnosticados com depressão estão relacionadas devido essencialmente ao humor depressivo, o qual se traduz pela tristeza, depressão e disforia no doente, sentindo-se ansioso; à inibição dos processos cognitivos, a qual se manifesta na linguagem e num processamento mais lento da fala; e à inibição das funções centrífugas, ou seja, inibição dos impulsos e desejos, o doente apresenta passividade e indecisão, tom de voz calmo e monocórdico, tónus muscular reduzido, entre outras características. Estes três sintomas constituem aquilo a que Bleuler (1969) denominou de “Tríade Depressiva” (Ellging, 1989). Assim, decorrente da combinação destes sintomas, sujeitos deprimidos apresentam competências sociais deficitárias, o que impossibilita a obtenção de reforços positivos no âmbito das relações interpessoais, bem como, o evitamento de consequências negativas das mesmas, gerando-se desta forma um

ciclo, na medida em que estes fatores vão precipitar episódios depressivos, que por sua vez vão reforçar os défices comunicacionais e sociais e assim sucessivamente (Segrin, 2001).

Identificada a ligação entre estes dois domínios fundamentais para a expressão e reconhecimento emocional, mais facilmente se compreende os resultados apresentados na literatura que remetem para o comprometimento dos doentes com depressão no reconhecimento emocional.

1.3.2. Reconhecimento emocional na Perturbação depressiva

A literatura sugere que sujeitos depressivos apresentam competências de expressão e reconhecimento emocional comprometidos. Porém, as conclusões não são consensuais. Por um lado, é sugerido existir um comprometimento dos indivíduos com depressão no reconhecimento de expressões emocionais na sua generalidade, podendo tal dever-se à tendência de auto focalização dos deprimidos e menor atenção aos outros (Jaeger, Borod & Peselow, 1987, Rubinow & Post, 1992, Persad & Polivy, 1993, todos cit in Surguladze et al., 2004). Por outro, é também proposto existir um comprometimento específico ao nível do reconhecimento emocional, com especial relevo para as emoções negativas (Crawford & Cacioppo, 2002; Gollan, McCloskey, Hoxha, & Coccaro, 2010; Leppänen, Milders, Bell, Terriere & Hietanen, 2004; Bouhuys, Geerts, & Gordijn, 1999, Gur et al., 1992, Hale, 1998, Matthews & Antes, 1992, todos cit in Surguladze et al., 2004).

Um dos sintomas característicos da depressão diz respeito à predominância, nestes sujeitos, da elaboração de avaliações negativas, bem como, uma maior focalização da atenção em estímulos negativos ou tristes, ao invés dos positivos e alegres, incluindo as expressões faciais (Baumeister, Bratslavsky, Finkenauer & Vohs, 2001; Crawford & Cacioppo, 2002; Ingram, Kendall, Smith, Donnell & Ronan, 1987, Lawson, MacLeod & Hammond, 2002, Murphy et al., 1999, Rusting, 1998, Suslow, Junghanns & Arolt, 2001, todos cit in Gollan et al., 2010; Surguladze et al., 2004). Os estudos realizados com sujeitos com depressão indicam que estes sintomas têm repercussões no seu desempenho no reconhecimento de expressões emocionais, dado tendencialmente avaliarem expressões de alegria como sendo expressões neutras e avaliarem expressões neutras como expressando a emoção tristeza (Leppänen et al., 2004; Gur et al., 1992, Mikhailova, Vladimirova, Izna, Tsusulkovskaya & Sushko, 1996, Zuroff & Colussy, 1986, todos cit in Keltner & Kring, 1998). Os estudos indicam ainda que estes sujeitos reconhecem com menor precisão as expressões faciais positivas, diferindo do

grupo saudável (Gollan et al., 2010) e têm uma reação reduzida a estímulos positivos (Murphy et al., 1999, Sloan, Strauss, Quirk & Sajatovic, 1997, Sloan, Strauss & Wisner, 2001, Suslow, Junghanns & Arolt, 2001, todos cit in Surguladze et al., 2004).

Inerente à transversalidade de alguns sintomas aos sujeitos com esta perturbação emocional, constatam-se diferenças entre doentes, inclusivamente em termos de severidade da perturbação, tendo por base a perspetiva desta Perturbação emocional num continuum, referido anteriormente. Assim, alguns estudos têm em consideração as comorbidades e, apesar da não consensualidade entre autores, de forma geral a literatura indica que quer na presença de depressão severa quer de depressão moderada há comprometimento moderado no reconhecimento emocional (Keltner & Kring, 1998; Reevy, Ozer & Ito, 2010)

Primeiramente, será porventura importante expor de forma sucinta as principais diferenças relativamente à depressão *major* e depressão menor. A depressão *major* é considerada a forma patológica mais severa desta perturbação mental, sendo necessário para o seu diagnóstico a persistência dos sintomas, já referidos, durante um período de pelo menos dois meses e um comprometimento significativo do funcionamento social, enquanto a depressão menor traduz esta mesma perturbação mas com menor severidade dos sintomas (Reevy, Ozer & Ito, 2010). A literatura aponta que, comparativamente a indivíduos com depressão menor, os sujeitos com depressão *major* são aqueles que expressam mais frequentemente as emoções tristeza e nojo e menos frequentemente a emoção alegria (Ekman, Matsumoto & Friesen, 1997).

No que diz respeito ao reconhecimento de expressões faciais, os estudos não são coincidentes, acrescentando para tal o facto de todos os autores salientarem a possível interferência de outros fatores (e.g., medicação), bem como, para alguma discrepância quanto às características das tarefas. Porém, alguns autores consideram existir um maior comprometimento no reconhecimento emocional quando a severidade da doença é superior (Venn, Watson, Gallagher & Young, 2006, cit in Demenescu et al., 2010; Gollan et al. 2010), particularmente na emoção tristeza de intensidade média (Surguladze et al., 2004). Tais factos, segundo a literatura, poder-se-ão dever às características deste grupo em particular, sobretudo a presença marcante de cognições negativas, conduzindo a uma avaliação dos estímulos externos, entre os quais as expressões faciais, tendencialmente negativa (Halle, 1998, Tse & Bond, 2004, ambos cit in Demenescu et al., 2010; Surguladze et al., 2004). No entanto, outros autores consideram que severidade da doença/sintomas não é determinante

para a precisão no reconhecimento emocional, uma vez que não se verificaram diferenças significativas entre doentes com perturbação depressiva, tendo por base esta variável (Archer et al., 1992, cit in Demenescu et al., 2010; Gollan et al., 2010). Gollan e colaboradores (2010) verificaram que indivíduos com diagnóstico de depressão *major* reconhecem com maior precisão expressões faciais de tristeza. Contudo, quando as tarefas envolvem a expressão de alegria essa associação não se constata. Da mesma forma, os autores verificaram também não existir qualquer associação entre a severidade da perturbação depressiva e uma maior tendência para reconhecer erradamente as expressões como sendo tristeza. É importante salientar, contudo, que alguns estudos que compararam sujeitos deprimidos e sujeitos deprimidos em fase de remissão encontraram diferenças entre os grupos, no sentido da inexistência de imprecisão no reconhecimento de expressões faciais neutras pelos indivíduos deprimidos em fase de remissão e presença de imprecisão significativa no reconhecimento das expressões faciais das emoções alegria e tristeza (Mikhailova, Vladimirova, Iznak, Tsusulkovskaya & Sushko, 1996, cit in Gollan et al., 2010). No entanto, tal como referido anteriormente, os estudos não são consensuais quanto ao comprometimento dos sujeitos em fase de remissão não sendo possível determinar fidedignamente a existência de relação direta entre estas variáveis, embora a maioria dos autores sugira a existência de comprometimento moderado no reconhecimento emocional na presença de depressão moderada e severa (Demenescu et al., 2010).

A literatura realça o comprometimento social de doentes deprimidos, referindo a presença de défice ao nível das competências sociais, ausência de redes de apoio social ou a existência de redes de suporte social pobres, isolamento social, entre outros (Keltner & King, 1998). Tais sintomas estão diretamente relacionados com o comprometimento no reconhecimento e expressão emocional. Assim, não sendo capazes de reconhecer adequadamente as emoções nos outros, segundo a literatura resultante da tendência para evidenciar o pensamento negativo, nem de as expressar corretamente, doentes deprimidos apresentam, para além de outras áreas, comprometimento ao nível da competência social. São, portanto, sujeitos com dificuldades em estabelecer relações interpessoais e em manter relações interpessoais positivas decorrente do viés avaliativo das intenções, atitudes e emoções dos outros (tendência para avaliar negativamente e maior incidência da atenção nos estímulos negativos).

Numa outra abordagem de investigação, estudos de neuroimagem têm procurado identificar alterações nas regiões cerebrais associadas à Perturbação Depressiva e que estejam também implicadas no comprometimento social destes sujeitos. Como anteriormente referido, as áreas, por excelência, envolvidas no processo de reconhecimento emocional são o córtex pré-frontal, a amígdala e o córtex temporal inferior (girus fusiforme) (Keightley et al., 2003, cit in Demenescu et al., 2010). Sujeitos diagnosticados com Depressão Major apresentam alterações funcionais da amígdala, córtex cingulado anterior, estriado ventral, insula anterior e córtex pré-frontal (Beauregard et al., 1998, cit in Demenescu et al., 2010; Drevets, 2010).

Em suma, a investigação relativa ao reconhecimento emocional na Perturbação Depressiva aponta para a associação entre humor deprimido e comprometimento nas competências de identificação de expressões faciais (Cooley & Nowicki, 1989; Wexler, Levenson, Warrenburg, & Price, 1994 cit in Surguladze et al., 2004), elaboração de cognições negativas sobre si mesmo e avaliação disfuncional dos eventos e situações sociais (Beck, 1976), podendo tal conduzir a um funcionamento interpessoal disfuncional destes sujeitos (Gotlib & Asarnow, 1979, cit in Surguladze et al., 2004).

2. METODOLOGIA

Neste ponto descreveremos a metodologia utilizada no âmbito do estudo empírico efectuado e, seguidamente procederemos à análise e discussão dos resultados obtidos. Este trabalho tem por objectivos conhecer o grau de dificuldade de reconhecimento emocional em pessoas com experiência destas duas perturbações, bem como comparar esta capacidade com um grupo de referência e verificar se esta capacidade de reconhecimento emocional está correlacionada com outros indicadores de doença mental. Tendo subjacente este objetivo e de acordo com a literatura consultada, foram formuladas as seguintes hipóteses:

- H1 – Existe menor capacidade de reconhecimento emocional em pessoas com experiência de Esquizofrenia e de Perturbação Depressiva quando comparadas com um grupo de referência.

- H2 – Existe uma correlação negativa entre a capacidade de reconhecimento emocional de pessoas com experiência de Esquizofrenia e de Perturbação Depressiva e outros indicadores de patologia.

- H3 – A capacidade de reconhecimento emocional pode variar em função do sexo.

Em seguida são apresentados os instrumentos e procedimentos utilizados no estudo empírico, bem como a caracterização da amostra de pessoas com Esquizofrenia e pessoas com Perturbação Depressiva.

2.1. Instrumentos

Com vista à concretização do objetivo previamente definido foi elaborado um questionário (entregue apenas ao júri desta dissertação por se tratarem de instrumentos de avaliação psicológica com direitos de autor) composto por seis grupos: questões sócio-demográficas, avaliação de transtornos mentais comuns, avaliação da presença de sintomas e características psicopatológicas, avaliação de sintomas depressivos e ansiosos, avaliação de alexitimia e avaliação do reconhecimento emocional de faces.

O Grupo I foca questões sócio-demográficas identificadas como relevantes para o estudo, nomeadamente a idade, sexo do participante, tempo de duração da doença e tempo em que está em psicoterapia.

O Grupo II é composto pelo Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20, de Harding et al., 1980, traduzido e adaptado por Santos, Araújo & Oliveira, 2009), utilizado para a avaliação de transtornos mentais comuns. A versão original de SRQ é constituído por vinte e quatro questões, vinte das quais estão direccionadas para a avaliação de transtornos psicóticos e quatro para transtornos psicóticos como alucinações, delírio paranóide e confusão mental (Iacaponi & Mari, 1998). Neste estudo foi utilizada a versão brasileira na qual foram excluídas as quatro questões referentes aos distúrbios psicóticos, mantendo-se os vinte itens por forma a permitir o rastreio diagnóstico dos transtornos mentais comuns, manifestos por sintomas não psicóticos (e.g. insónia, irritabilidade, fadiga, dificuldade de concentração, esquecimento e queixas somáticas) (Harding et al., 1980). O instrumento utilizado é então constituído por 20 questões, com as opções de resposta dicotómicas Sim/Não e com um ponto de corte de cinco para participantes do sexo masculino e sete para participantes do sexo feminino. Desta feita, os indivíduos que pontuem acima desse limiar têm elevada probabilidade de apresentarem transtornos mentais comuns.

O Grupo III integra o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; de Derogatis, 1982, traduzido e adaptado por Canavarro, 1999). O BSI consiste num inventário de auto-resposta que objectiva avaliar sintomas psicopatológicos, em indivíduos a partir dos 13 anos de idade quer sejam portadores de uma doença mental ou de uma patologia física quer não

tenham qualquer perturbação emocional. Este instrumento é composto por 53 questões fechadas, sendo cada item cotado numa escala de tipo Likert de 5 pontos, cujas opções são 0 – “Nunca”; 1 – “Poucas vezes”; 2 – “Algumas vezes”; 3 – “Muitas vezes” e 4 – “Muitíssimas vezes”. Os itens encontram-se subdivididos em nove dimensões de sintomatologia psicopatológica: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicotismo. Contudo, quatro itens (especificamente os itens 11, 25, 39 e 52) não se enquadram numa única dimensão, embora, dada a sua pertinência clínica, são incluídos nas pontuações dos três Índices Globais (o Índice Geral de Sintomas – IGS, o Total de Sintomas Positivos – TSP e o Índice de Sintomas Positivos – ISP) correspondentes a avaliações sucintas de perturbação emocional. Após a soma de todos os itens que compõem cada dimensão e o cálculo da respetiva média de forma a situarem-se na escala de 0 a 4, o valor obtido é comparado com o valor de referência na população geral, sendo que valores superiores indicam a presença de determinada sintomatologia psicopatológica (Derogatis & Melisaratos, 1983).

O grupo IV é composto pela Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; de Zigmond and Snaith, 1983, adaptado por McIntyre et al., 1999), uma escala de auto-resposta aplicável a indivíduos com idades compreendidas entre os 16 e os 65 anos e que visa avaliar a depressão e ansiedade nos sujeitos portadores de doença físicas e mental (Mykletun, Stordal & Dahl, 2001). Esta escala constitui-se em duas sub-escalas, uma que avalia a ansiedade e outra que avalia a depressão, ambas integrando sete itens e cotadas separadamente. Cada item é registado numa escala de Lickert de 4 pontos (0-3). Se a soma de todos os itens de cada sub-escala se situar entre os 0 e os 7 pontos considera-se inexistir sintomatologia depressiva ou ansiosa; se o valor obtido atingir o intervalo de 8 a 10 pontos afirma-se existir uma tendência para a sintomatologia depressiva ou ansiosa; por fim, se a soma for superior a 10 pontos tal se traduz na presença de sintomatologia depressiva ou ansiosa.

O grupo V integra a Escala de Alexitimia de Toronto de 20 ítems (TAS -20; de Taylor, Bagby & Parker, 1992, adaptado por Nina Prazeres, 2000). Trata-se de uma escala de auto-avaliação objetivando avaliar a presença ou ausência de alexítima, que se caracteriza não apenas pela dificuldade que o indivíduo sente em identificar os seus sentimentos, distingui-los de sensações corporais e descrevê-los a terceiros, como também por um estilo de pensamento orientado para o exterior. O presente instrumento é composto por 20 ítems, os quais são cotados numa escala de Lickert de 5 pontos, sendo as opções 1 – “Discordo totalmente”; 2 –

“Discordo em parte”; 3 – “Nem discordo nem concordo”; 4 – “Concordo em parte” e 5 – “Concordo totalmente”, à exceção dos itens 4, 5, 10, 18 e 19 que são itens invertidos, logo a pontuação é revertida. Se a soma de todos os itens resultar num valor igual ou inferior a 51 pontos, considera-se que o indivíduo não é alexitímico; se, por sua vez, o valor se situar no intervalo entre 52 e 60 pontos, afirma-se que o indivíduo está na zona fronteira para alexitimia; por fim, se a soma for igual ou superior a 61 pontos considera-se o indivíduo alexitímico.

Por fim, no grupo VI, visando avaliar o reconhecimento emocional de faces, utilizou-se um conjunto de fotografias que integram um banco de dados de faces denominado *Radboud Faces Database* (Langner et al., 2010) o qual se encontra atualmente em validação no LabRP da FPCEUP/ESTSIPP. O *Radboud Faces Database* é composto por um conjunto de imagens (Figura 1) de sessenta e sete adultos e crianças caucasianas a expressarem oito emoções distintas (raiva, tristeza, medo, nojo, surpresa, alegria, desprezo e neutra), tendo subjacente um conjunto de variáveis, e.g., a orientação da cabeça, a direção do olhar e os ângulos das câmaras fotográficas. Para o presente estudo foram utilizadas quarenta e duas fotografias nas quais três homens e três mulheres expressavam sete emoções diferentes, a referir raiva, tristeza, medo, nojo, surpresa, alegria e desprezo e mais três de treino. Os estímulos foram selecionados aleatoriamente, assim como a sequência de apresentação aos participantes. Foi elaborada uma apresentação no programa informático Microsoft Office Powerpoint 2007, sendo apresentado em cada slide uma fotografia com duração de 10 segundos e com espaçamento entre fotografias, através de um slide em preto, de 2 segundos. Ao sujeito era solicitado que identificasse a emoção que estava a ser expressa em cada slide, colocando uma cruz no questionário que continha uma listagem das emoções apresentadas (ou seja modelo de escolha forçada).

Figura 1. Exemplo da expressão das oito emoções (Langner et al., 2010)



2.2. Procedimentos

Para a realização do presente trabalho foi primeiramente realizado um pedido formal de autorização às instituições Casa Ozanam e Clínica de Psicologia São Sebastião. Após decisão positiva procedeu-se à recolha de dados. Esta decorria individualmente e com duração aproximada de 45 minutos. Visto tratar-se de um questionário essencialmente composto por questões do tipo fechado, as instruções de preenchimento foram simples e constavam no próprio questionário. Foram aplicados 16 questionários para o grupo de pessoas com Esquizofrenia e 17 para o grupo de pessoas com Perturbação Depressiva. Os questionários foram aplicados entre Abril de 2012 e Junho de 2012 e posteriormente tratados no *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 18.

2.3. Participantes

A amostra é constituída por 33 sujeitos do grupo de utentes, dos quais 16 integram o grupo de Esquizofrenia e 17 o grupo de Perturbação Depressiva, e por 77 do grupo de referência (estudantes da FPCEUP). Visando obter uma amostra mais homogénea quanto ao número e sexo dos participantes do grupo de referência, foram utilizados como critérios de exclusão da amostra os resultados obtidos nos instrumentos SQR-20 e BSI. Assim, através do ponto de corte de 5 para o sexo masculino e de 7 para o sexo feminino no SQR-20 e através dos valores mais elevados no BSI para emparelhar a amostra quanto ao sexo, foram eliminados sujeitos, terminando com 35. Obtivemos uma amostra final composta por 68 sujeitos, sendo 33 do grupo de utentes e 35 do grupo de referência, com idades compreendidas médias de 38 anos para o grupo de utentes e 21 para o grupo de referência (Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição por idade

| Grupo | Mínimo | Máximo | Média | Desvio-padrão |
|------------|--------|--------|-------|---------------|
| Utentes | 17 | 57 | 37,48 | 10,83 |
| Estudantes | 19 | 26 | 20,46 | 1,75 |

No que diz respeito ao sexo (Quadro 2), o grupo de utentes é homogéneo, enquanto no grupo de referência constata-se predominância do sexo feminino (69%).

Quadro 2. Distribuição por sexo

| Grupo | Frequência | | Porcentagem | |
|--------------|------------|-----------|-------------|-----------|
| | Feminino | Masculino | Feminino | Masculino |
| Utentes | 17 | 16 | 51,5 | 48,5 |
| Estudantes | 24 | 11 | 68,6 | 31,4 |
| Total | 41 | 27 | | |

Relativamente ao grupo de utentes, importa ainda referir outras variáveis, nomeadamente, a duração da doença e tempo em que está em psicoterapia. No que concerne à variável duração da doença esta varia entre os 1 e os 32 anos ($M=10,90$) e, relativamente ao tempo em que o sujeito se encontra em psicoterapia, a variabilidade situa-se entre os 1 e os 7 anos ($M= 2,18$).

Quadro 3. Distribuição da duração da doença e do tempo em que está em psicoterapia

| Variável | Mínimo | Máximo | Média | Desvio-padrão |
|--------------------|--------|--------|-------|---------------|
| Duração da doença | 1 | 32 | 10,90 | 8,84 |
| Tempo psicoterapia | 1 | 7 | 2,18 | 1,57 |

No que diz respeito aos instrumentos utilizados para avaliar sintomas psicopatológicos nos grupos que compõem a nossa amostra, encontramos diferenças significativas na distribuição dos valores nestes instrumentos (resultado final do SQR-20 e escalas do BSI (Quadro 4), o que confirma a seleção efectuada.

Quadro 4. Distribuição dos valores no SQR-20 e BSI

| Instrumento/Escala | Grupo | Média | Mann-Whitney U Test |
|--------------------------------|------------|-------|---------------------|
| TMC | Utentes | 10.85 | ,000 |
| | Estudantes | 2.17 | |
| Somatização BSI | Utentes | 1,22 | ,000 |
| | Estudantes | 0,17 | |
| Obsessões e compulsões BSI | Utentes | 1.84 | ,000 |
| | Estudantes | 0,74 | |
| Sensibilidade Interpessoal BSI | Utentes | 1,45 | ,000 |
| | Estudantes | 0,35 | |
| Depressão BSI | Utentes | 1,65 | ,000 |
| | Estudantes | 0,31 | |
| Ansiedade BSI | Utentes | 1,85 | ,000 |
| | Estudantes | 0,46 | |
| Hostilidade BSI | Utentes | 1,35 | ,000 |
| | Estudantes | 0,48 | |
| Ansiedade Fóbica BSI | Utentes | 1,20 | ,000 |
| | Estudantes | 0,08 | |
| Ideação Paranóide BSI | Utentes | 1,50 | ,000 |
| | Estudantes | 0,39 | |
| Psicotismo BSI | Utentes | 1,58 | ,000 |
| | Estudantes | 0,31 | |
| Índice Geral BSI | Utentes | 1.52 | ,000 |
| | Estudantes | 0.28 | |

Relativamente ao instrumento utilizado para avaliar a presença ou ausência de alexitimia, constata-se que no grupo de referência predominam sujeitos alexitímicos (64%) e em ambas as perturbações mentais (Quadro 5).

Quadro 5. Distribuição dos valores no TAS

| Instrumento | Grupo de referência | | Frequência | |
|--------------------------------|---------------------|-------------|---------------|------------------------|
| | Frequência | Porcentagem | Esquizofrenia | Perturbação Depressiva |
| Não Alexitímico | 5 | 15,2 | 4 | 5 |
| Zona Fronteira para Alexitimia | 7 | 21,2 | 4 | 3 |
| Alexitímico | 21 | 63,6 | 12 | 9 |

Por fim, no que se refere à sintomatologia ansiosa e depressiva também avaliadas, com recurso ao instrumento de referência HADS, verificamos existir, no grupo de utentes, uma distribuição similar da ansiedade em ambas as patologias, enquanto a sintomatologia depressiva é ligeiramente mais comum na Perturbação Depressiva comparativamente à Esquizofrenia (Quadro 6).

Quadro 6. Distribuição dos valores no HADS

| Escala | Esquizofrenia | | Perturbação Depressiva | |
|-----------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | Presença de sintomatologia | Ausência de sintomatologia | Presença de sintomatologia | Ausência de sintomatologia |
| Ansiedade | 12 | 4 | 13 | 4 |
| Depressão | 9 | 7 | 13 | 4 |

Finda a descrição da metodologia, prosseguiremos com a apresentação dos resultados.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para apresentar os resultados procederemos à análise comparativa e correlacional das variáveis seleccionadas para este estudo. Assim, a análise comparativa entre o grupo de utentes e o grupo de referência relativamente ao número de respostas corretas na tarefa de Reconhecimento Emocional de Faces (Quadro 7) revela existirem diferenças significativas na distribuição dos valores em todas as emoções, com exceção para a emoção Alegria, assim como no total das emoções corretas. Ou seja, em todas as emoções, à exceção da emoção Alegria, o grupo de utentes apresentou um número significativamente superior de erros comparativamente ao grupo de estudantes.

Quadro 7. Comparação da distribuição dos valores entre os grupos e o Reconhecimento Emocional de Faces

| | Grupo | Média | Mann-Whitney U Test |
|----------------------------------|--------------|--------------|----------------------------|
| Raiva | Utentes | 2,48 | ,000 |
| | Estudantes | 4,09 | |
| Tristeza | Utentes | 3,64 | ,000 |
| | Estudantes | 4,17 | |
| Medo | Utentes | 2,64 | ,000 |
| | Estudantes | 4,40 | |
| Nojo | Utentes | 3,52 | ,000 |
| | Estudantes | 5,09 | |
| Surpresa | Utentes | 4,97 | ,000 |
| | Estudantes | 5,83 | |
| Alegria | Utentes | 5,85 | ,731 |
| | Estudantes | 5,80 | |
| Desprezo | Utentes | 3,48 | ,000 |
| | Estudantes | 5,34 | |
| Total de Emoções Corretas | Utentes | 26.58 | ,000 |
| | Estudantes | 35.71 | |

Relativamente à análise correlacional entre a tarefa de Reconhecimento Emocional de Faces e a duração da doença (Quadro 8), verificamos existir influência entre as variáveis. Assim, para além de uma correlação significativa no reconhecimento total de emoções, os resultados são também indicadores de maiores dificuldades no reconhecimento das emoções Raiva, Tristeza, Nojo e Surpresa nos sujeitos com duração da doença mais extensa.

No que se refere à análise correlacional entre a tarefa de Reconhecimento Emocional de Faces e as comorbidades apresentadas pelos sujeitos com perturbação mental (Quadro 9), verificamos existir prevalência de correlações negativas, porém não significativas.

Da análise correlacional entre a Tarefa de Reconhecimento Emocional de Faces e a sintomatologia ansiosa e depressiva e a alexitimia apresentados pelos sujeitos com patologia mental (Quadro 10), constatamos que para além de predominarem correlações negativas a alexitimia influência negativa e significativamente o reconhecimento das emoções Alegria e Desprezo, assim como o total das emoções.

Quadro 8. Correlação entre o Reconhecimento Emocional de Faces e a duração da doença (grupo utentes)

| | Duração da Doença |
|----------------------------------|--------------------------|
| Raiva | -,566** |
| Tristeza | -,464** |
| Medo | -,166 |
| Nojo | -,554** |
| Surpresa | -,629** |
| Alegria | -,034 |
| Desprezo | -,468 |
| Total de Emoções Corretas | -,739** |

**p≤0.010

Quadro 9. Correlação entre Reconhecimento Emocional de Faces e as escalas do BSI (grupo utentes)

| | Somatização | Obsessões e Compulsões | Sensibilidade Interpessoal | Depressão | Ansiedade | Ideação paranóide | Psicotismo | Índice Geral BSI |
|----------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------|-----------|-------------------|------------|------------------|
| Raiva | -,087 | -0,78 | ,178 | ,165 | ,071 | ,227 | ,009 | -,122 |
| Tristeza | -,007 | -,168 | -,047 | -,020 | -,78 | -,114 | ,040 | -,289 |
| Medo | -,260 | ,332 | ,009 | ,111 | ,276 | ,096 | ,342 | -,167 |
| Nojo | ,116 | -,171 | -,035 | -,017 | -,144 | -,134 | -,186 | -,039 |
| Surpresa | ,049 | -,051 | ,240 | ,259 | ,055 | ,260 | ,050 | -,008 |
| Alegria | -,096 | -,135 | -,043 | ,024 | -,169 | -,197 | -,110 | -,056 |
| Desprezo | ,076 | -,090 | ,040 | -,047 | -,041 | ,061 | -,242 | -,332 |
| Total de Emoções Corretas | ,117 | -,068 | ,079 | 0,98 | ,015 | ,067 | -,020 | -,271 |

Quadro 10. Correlação entre Reconhecimento Emocional de Faces e escalas HADS e TAS (grupo utentes)

| | HADS ansiedade | HADS Depressão | TAS |
|----------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| Raiva | ,055 | ,155 | -,287 |
| Tristeza | -,101 | -,057 | -,433 |
| Medo | ,285 | -,083 | -,169 |
| Nojo | -,322 | -,182 | -,261 |
| Surpresa | -,021 | ,226 | -,109 |
| Alegria | -,140 | ,182 | ,433** |
| Desprezo | -,113 | -,079 | -,461** |
| Total de Emoções Corretas | -,073 | -,025 | -,443** |

**p.<0.010

Dado a amostra do grupo de utentes ser composta por sujeitos com experiência de Esquizofrenia e por sujeitos com experiência de Perturbação Depressiva procurámos também conhecer o desempenho dos sujeitos de ambas as patologias na tarefa de Reconhecimento Emocional de Faces (Quadro 11). Desta análise concluímos existirem diferenças significativas entre os grupos na distribuição dos valores das respostas corretas nas emoções Raiva, Tristeza, Nojo, Surpresa e Desprezo, bem como no total da tarefa de Reconhecimento Emocional de Faces. Ou seja, os sujeitos com experiência de Esquizofrenia apresentam um desempenho significativamente mais comprometido no reconhecimento destas emoções que os sujeitos com experiência de Perturbação Depressiva.

Quadro 11. Comparação do Reconhecimento Emocional de Faces por patologia no grupo de utentes

| | Grupo | Média | Mann-Whitney U Test |
|-----------------------------------|------------------------|--------------|----------------------------|
| Raiva | Esquizofrenia | 2,00 | ,017 |
| | Perturbação Depressiva | 2,94 | |
| Tristeza | Esquizofrenia | 2,94 | ,030 |
| | Perturbação Depressiva | 4,29 | |
| Medo | Esquizofrenia | 2,56 | ,812 |
| | Perturbação Depressiva | 2,71 | |
| Nojo | Esquizofrenia | 2,75 | ,031 |
| | Perturbação Depressiva | 4,24 | |
| Surpresa | Esquizofrenia | 4,38 | ,031 |
| | Perturbação Depressiva | 5,53 | |
| Alegria | Esquizofrenia | 5,88 | ,685 |
| | Perturbação Depressiva | 5,82 | |
| Desprezo | Esquizofrenia | 2,31 | ,001 |
| | Perturbação Depressiva | 4,59 | |
| Total das emoções corretas | Esquizofrenia | 22,81 | ,001 |
| | Perturbação Depressiva | 30,12 | |

Visando analisar outras variáveis que podem influenciar a capacidade de Reconhecimento Emocional de Faces, foram comparados os dois sexos na tarefa do Reconhecimento Emocional de Faces no grupo de utentes (Quadro 12) e no grupo de referência (Quadro 13). Os resultados indicam não existir diferenças significativas entre sexos na distribuição dos valores das respostas corretas tanto nas diferentes emoções como no total das emoções corretas.

Quadro 12. Comparação do Reconhecimento Emocional de Faces por sexos no grupo de utentes

| | Sexo | Média | Mann-Whitney U Test |
|-----------------------------------|-------------|--------------|----------------------------|
| Raiva | Masculino | 2,19 | ,100 |
| | Feminino | 2,76 | |
| Tristeza | Masculino | 3,44 | ,522 |
| | Feminino | 3,82 | |
| Medo | Masculino | 2,75 | ,700 |
| | Feminino | 2,53 | |
| Nojo | Masculino | 3,56 | ,897 |
| | Feminino | 3,47 | |
| Surpresa | Masculino | 4,56 | ,160 |
| | Feminino | 5,35 | |
| Alegria | Masculino | 5,81 | ,582 |
| | Feminino | 5,88 | |
| Desprezo | Masculino | 3,19 | ,432 |
| | Feminino | 3,76 | |
| Total das emoções corretas | Masculino | 25,50 | ,396 |
| | Feminino | 27,59 | |

Quadro 13. Comparação do Reconhecimento Emocional de Faces por sexos no grupo de referência

| | Sexo | Média | Mann-Whitney U Test |
|-----------------------------------|-------------|--------------|----------------------------|
| Raiva | Masculino | 3,82 | ,617 |
| | Feminino | 4,21 | |
| Tristeza | Masculino | 5,18 | ,970 |
| | Feminino | 5,17 | |
| Medo | Masculino | 4,73 | ,261 |
| | Feminino | 4,25 | |
| Nojo | Masculino | 4,82 | ,761 |
| | Feminino | 5,21 | |
| Surpresa | Masculino | 5,73 | ,599 |
| | Feminino | 5,88 | |
| Alegria | Masculino | 5,82 | ,479 |
| | Feminino | 5,79 | |
| Desprezo | Masculino | 5,18 | ,399 |
| | Feminino | 5,42 | |
| Total das emoções corretas | Masculino | 35,27 | ,929 |
| | Feminino | 35,92 | |

Comparamos ainda a correlação entre idade e respostas corretas na tarefa de Reconhecimento Emocional de Faces no grupo de utentes e no grupo de referência (Quadro 14) e verificamos que a idade influencia negativamente quer o reconhecimento das emoções Nojo e Desprezo quer o total das emoções corretas, mas apenas no grupo de utentes. Ou seja, quanto mais velhos são os sujeitos deste grupo, maior o número de erros no reconhecimento das referidas emoções e do total das emoções identificadas correctamente.

Quadro 14. Correlação entre Reconhecimento Emocional de Faces e idade

| | Idade | |
|-----------------------------------|----------------------|-------------------------|
| | Grupo Utentes | Grupo Estudantes |
| Raiva | -,239 | -,075 |
| Tristeza | -,285 | ,211 |
| Medo | -,259 | -,108 |
| Nojo | -,506** | -,155 |
| Surpresa | -,314 | -,283 |
| Alegria | ,130 | -,154 |
| Desprezo | -,453** | ,036 |
| Total das emoções corretas | -,552** | -,092 |

**p≤0,010

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Através dos resultados obtidos verificamos existirem diferenças significativas generalizadas entre sujeitos com experiência de Esquizofrenia e sujeitos com experiência de Perturbação Depressiva e o grupo de referência no que se refere ao reconhecimento emocional de faces, sendo que, conforme esperávamos, o desempenho do primeiro grupo foi consistentemente inferior. Estes resultados corroboram, na sua generalidade, as conclusões de Kohler (2004), na medida em que se verificou um comprometimento significativo no grupo de utentes comparativamente ao grupo de referência no reconhecimento de todas as emoções, com exceção da Alegria, na qual não houve diferenças significativas entre os grupos. Consideramos que este resultado se poderá dever ao facto de esta ser uma emoção que representa menor dificuldade de reconhecimento para os sujeitos na sua generalidade (Gollan et al., 2010). Podemos referir ainda que nas emoções negativas Raiva, Medo e Nojo, os grupos apresentam médias com maior diferença entre si e, analisando o desempenho dos doentes por patologia diagnosticada, os dados expressam uma superior diferenciação de médias no reconhecimento das emoções Nojo e Tristeza, no sentido negativo para os sujeitos com experiência de Esquizofrenia reflectindo o exposto na literatura e que aponta para um desempenho mais comprometido dos sujeitos com perturbação mental no reconhecimento emocional de expressões faciais, bem como, para um maior comprometimento dos sujeitos com experiência de Esquizofrenia no reconhecimento da emoção Nojo (Bellack et al., 1996; 1988; Green, Williamns & Davidson, 2003; Kohler et al, 2003; Morrison et al.).

É de acrescentar ainda, ter-se verificado um desempenho ligeiramente superior dos sujeitos com experiência de Esquizofrenia no reconhecimento da emoção Alegria, assim como um desempenho superior dos sujeitos com experiência de Perturbação Depressiva no reconhecimento da emoção Tristeza. Estes resultados vêm reforçar as conclusões apresentadas na literatura para o desempenho menos positivo de pessoas com Perturbação Depressiva em tarefas de reconhecimento de emoções através da expressão facial, a referir, a saliência de uma influência do pensamento negativo predominante na Perturbação Depressiva no reconhecimento correto das emoções com conotação positiva, no sentido em que estes sujeitos tendem ao viés negativo, avaliando geralmente os estímulos negativamente e também tendem a direccionar a atenção particularmente para os estímulos negativos (Gollan et al., 2010). Assim, podemos afirmar que a nossa Hipótese 1 foi confirmada.

No que se refere aos indicadores de patologia que estão interligados ao comprometimento dos sujeitos com perturbação mental no Reconhecimento Emocional de expressões faciais, a literatura não é consensual, existindo autores que apontam para dificuldades acrescidas quando alguns sintomas (positivos ou negativos) estão presentes, no caso da Esquizofrenia, ou, na Perturbação Depressiva, quando os sujeitos apresentam um conjunto superior de sintomas que caracterizam a patologia (Alfimova et al., 2009; Hall et al., 2004; Surguladze et al., 2004). Ao tentarmos compreender se outros indicadores de patologia influenciam o Reconhecimento Emocional de Faces verificamos que, apesar de existir uma predominância de correlações negativas entre as escalas de avaliação de sintomas psicopatológicos, nenhuma escala do BSI influencia de forma significativa o desempenho dos sujeitos, o mesmo se verificando na escala HADS. Apenas verificamos que a alexitimia influencia negativamente o reconhecimento da emoção Desprezo e o total das emoções, mas facilita o reconhecimento da emoção Alegria. Não obstante, os resultados obtidos apesar de não serem os esperados não são totalmente surpreendentes pois, Gollan e colaboradores (2010) tinham já referido não existir, especificamente no caso da Perturbação Depressiva, qualquer interferência dos sintomas no desempenho dos sujeitos em tarefas de Reconhecimento Emocional, e na Esquizofrenia o consenso também ainda não está presente. Neste sentido, a Hipótese 2 foi parcialmente confirmada.

Alfimova e colaboradores (2004) e Kohler e colaboradores (2000) sugeriram que as mulheres apresentam melhores competências no reconhecimento emocional de faces, quer na população de referência, quer nos sujeitos com experiência de esquizofrenia. Os resultados que obtivemos corroboram parcialmente tais conclusões, tendo-se constatado uma tendência generalizada para um melhor desempenho das mulheres no reconhecimento das emoções, à exceção do Medo e do Nojo, as quais foram mais vezes reconhecidas correctamente pelos homens. No entanto, importa salientar não se tratarem de diferenças significativas, à semelhança do grupo de referência, no qual também não se constataram diferenças entre sexos. Neste sentido, a Hipótese 3 rejeitada, dado ter-se verificado que as mulheres apresentam dificuldades acrescidas no reconhecimento da quase totalidade das emoções, não sendo contudo significativo.

Por fim, visando alargar as conclusões que os dados deste estudo nos poderiam indicar, exploramos os dados obtidos nos questionários de forma a analisar a relação entre as variáveis idade e duração da doença e o Reconhecimento Emocional de Faces. Relativamente

à variável idade, tal como esperávamos, verificou-se existir uma correlação negativa, mas apenas com as emoções Nojo e Desprezo, bem como, no total de respostas corretas no grupo de utentes (Kohler et al., 2009). Ou seja, quanto mais idade o sujeito tiver maiores são as dificuldades no reconhecimento das expressões de Nojo e Desprezo. No que diz respeito ao grupo de referência não se verificou qualquer influência desta variável. A literatura sugere, embora sem consenso, uma interferência negativa da severidade da doença no reconhecimento emocional de expressões faciais. Isto é, os utentes com diagnóstico de patologia com maior severidade apresentam maior comprometimento no reconhecimento das emoções (Demenescu et al., 2010; Surguladze et al., 2004). Neste estudo, tal como referido, verificou-se uma predominância de correlações negativas entre as escalas de avaliação de sintomas psicopatológicos embora sem significância estatística, mas constatou-se uma influência significativa no sentido negativo da duração da doença no desempenho dos sujeitos com experiência de Esquizofrenia e experiência de Perturbação Depressiva. Ou seja, utentes com início de doença mais precoce, ou pelo menos, com um diagnóstico da patologia com um período de tempo superior, apresentam maior comprometimento no reconhecimento emocional de expressões faciais das emoções Raiva, Tristeza, Nojo e Surpresa. Analisando os dados obtidos na sua globalidade, podemos afirmar que também os nossos resultados seguem neste sentido, na medida em que sendo utentes com diagnóstico de doença mais longo e que mantêm ainda tratamento, tal poderá reflectir a severidade da doença dada a necessidade de ainda manter esse tratamento.

5. CONCLUSÕES

A perceção das expressões emocionais como elemento central na interação humana e consequente importância do seu reconhecimento adequado para um funcionamento social adaptativo dos sujeitos, remonta a largas décadas e promoveu um crescente interesse nos sujeitos cujo desempenho reflectia comprometimento das competências ou viés, como são exemplo, respetivamente, sujeitos com experiência de Esquizofrenia e sujeitos com experiência de Perturbação Depressiva. Por esse motivo, vários autores interessados numa compreensão mais fidedigna de tais comprometimentos de forma a desenvolver e melhorar intervenções junto destes doentes e, consequentemente maximizar os seus desempenhos, desenvolveram diversos estudos, com metodologias progressivamente melhores, sobre o

Reconhecimento Emocional de Faces. Contudo, os resultados e conclusões daí advindos suscitam ainda alguma controvérsia, tendo este estudo como objetivo conhecer o grau de dificuldade de reconhecimento emocional em pessoas com experiência destas duas perturbações, bem como comparar esta capacidade com um grupo de referência e verificar se esta capacidade de reconhecimento emocional está correlacionada com outros indicadores de doença mental.

Os resultados obtidos revelaram que as pessoas com experiência de Esquizofrenia e de Perturbação Depressiva têm significativamente mais dificuldades no Reconhecimento Emocional de Faces comparativamente ao grupo de referência. Contrariamente ao que esperávamos, as comorbidades apresentadas pelo grupo de utentes não influenciaram significativamente o reconhecimento das emoções, embora prejudiquem o desempenho dos sujeitos. Por fim, relativamente ao sexo, verificamos que as mulheres apresentam menor número de erros no reconhecimento das emoções, à exceção das emoções Medo e Nojo. Não obstante, o seu desempenho não difere significativamente dos homens. Os resultados obtidos corroboram as conclusões expostas na literatura que salientam um comprometimento das competências de reconhecimento emocional nos sujeitos com experiência de Esquizofrenia e um viés nos sujeitos com experiência de Perturbação Depressiva. Além disso, realçam a importância de se direcionar programas de reabilitação e intervenções psicoterapêuticas também para a cognição social e reconhecimento emocional, tentando potenciar desenvolvimentos positivos ao nível das competências de reconhecimento emocional e, conseqüentemente, promover positiva e significativamente a qualidade de vida e o funcionamento psicossocial.

No que se refere às limitações deste estudo, é de referir a heterogeneidade da amostra do grupo de utentes, com prevalência do sexo masculino na Esquizofrenia e do sexo feminino na Perturbação Depressiva. No entanto, consideramos tratar-se de uma limitação inerente às características destas doenças, dada a prevalência da Esquizofrenia no sexo masculino e da Perturbação Depressiva no sexo feminino. Era nosso interesse também integrar um maior número de participantes, não tendo no entanto sido possível dada a dificuldade em encontrar pessoas com disponibilidade para o grupo de utentes.

Consideramos que o estudo ajuda a compreender a relação entre reconhecimento emocional nestas duas perturbações mentais com grande incidência na população mundial, perante as incongruências quanto aos fatores explicativos para o comprometimento no

reconhecimento emocional na Esquizofrenia e a escassez de estudos sobre o tema na Perturbação Depressiva. Os resultados obtidos consolidam as conclusões já expostas na literatura, e também apontam para dificuldades generalizadas ao invés de restritas a determinadas emoções, podendo ajudar na investigação e aos profissionais que desenvolvem o seu trabalho com sujeitos com estas perturbações mentais.

6. REFERÊNCIAS

- Adolphs, R. (2001). The neurobiology of social cognition. *Current Opinion in Neurobiology*, 11, 231- 239.
- Alfimova, M.V., Abramova, L.I., Barhatova, A.I., Yumatova, P.E., Lyachenko, G.L, & Golimbet, V.E. (2009). Facial Affect Recognition Deficit as a Marker of Genetic Vulnerability to Schizophrenia. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 46-55.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (Texto Revisto, 48th ed.). Lisboa: Climepsi.
- Bartlett, M.S., Hager, J.C, Ekman, P., & Sejnowski, T.J. (1999). Measuring facial expressions by computer image analysis. *Psychophysiology*, 36, 253–263.
- Baudouin, J-Y., Martin, F., Tiberghien, G., Verlut, I., & Franck, N. (2002). Selective attention to facial emotion and identity in schizophrenia. *Neuropsychologia*, 40, 503-511.
- Baumeister, R.F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C., & Vohs, K.D. (2001). Bad Is Stronger Than Good. *Review of General Psychology*, 5(4), 323-370.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Madison CT: International Universities Press.
- Bediou, B., Franck, N., Saoud, M., Baudouin, J., Tiberghien, G., Daléry, J., & d'Amato, T., (2005). Effects of emotion and identity on facial affect processing in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 133, 149-157.
- Bellack, A.S., Blanchard, J.J., & Mueser, K.T., 1996. Cue availability and affect perception in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22(3) 535-544.
- Burns, J., Job, D., Bastin, M. E., Whalley, H., MacGillivray, T., Johnstone, E.C., & Lawrie, S. M. (2003) Structural disconnectivity in schizophrenia: a diffusion tensor magnetic resonance imaging study. *British Journal of Psychiatry*, 182, 439-443.
- C. Busso, Z. Deng, S. Yildirim, M. Bulut, C.M. Lee, A. Kazemzadeh, et al (2004). Analysis of emotion recognition using facial expressions, speech and multimodal information. In *ICMI '04: Proceedings of the 6th international conference on Multimodal interfaces* (pp. 205-211). New York, USA: ACM Press.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds.). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol.II, pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.

- Cohen, A.S., Forbes, C.B., Mann, M.C., & Blanchard, J.J. (2002). Specific cognitive deficits and differential domains of social functioning impairment in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 81, 227-238.
- Cohen, A.S., & Minor K.S. (2010). Emotional Experience in Patients With Schizophrenia Revisited: Meta-analysis of Laboratory Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 143-150.
- Crawford, L.E. & Cacioppo (2002). Learning Where To Look For Danger: Integrating Affective and Spatial Information. *Psychological Science*, 12(5), 449-453.
- Crujo, M. & Marques, C. (2010). As perturbações emocionais - ansiedade e depressão na criança e no adolescente. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 25, 576-82.
- Demenescu, L., Kortekaas, R., Boer, J. & Aleman, A. (2010). Impaired Attribution of Emotion to Facial Expressions in Anxiety and Major Depression. *PLoSOne*, 5(12) 1-5.
- Derogatis, L.R. & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Dias, P.M.B.S. (2007). *Vinculação e Regulação Autonómica nas Perturbações Alimentares*. Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Drevets, W. (2000). Neuroimaging Studies of Mood Disorders. *Biol Psychiatry*, 48, 813-829.
- Ekman, P. (1992). Facial expressions of emotion: New findings, new questions. *Psychological Science*, 3, 34-38.
- Ekman, P. (1993). Facial Expressions Of Emotion. *American Psychologist*, 48, 384-392.
- Ekman, P. (1998). Universality Of Emotional Expression? A personal History of The Dispute. In P. Ekman (Ed.). *Third Edition of Charles Darwin's The Expression Of The Emotions In Man And Animals, with introduction, afterwords and commentaries* (pp. 363-393). London: HarperCollins.
- Ekman, P. (1999). Facial Expression. In T. Dalgleish & M. Power (Eds.). *Handbook of Cognition and Emotion* (pp. 301-320). New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Ekman, P. (2003). Darwin, Deception, and Facial Expression. *Annals New York Academy of Sciences*, 1000, 205-221.
- Ekman, P., Matsumoto, D.R., & Friesen, W.V. (1997) Facial Expression in Affective Disorders. In P. Ekman, & E.L. Rosenberg (Eds.) *What the face reveals: Basic and applied studies of spontaneous expression using the facial action coding System (FACS)* (pp.331-342). New York: Oxford University Press.

- Ellgring, H. (1989). *Nonverbal communication in depression*. Cambridge: University Press.
- Elkis, H. (2000). A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 22(I), 23-6.
- Frijda, N.H. (1986). *The Emotions*. Cambridge: University Press.
- Gollan, J.K., McCloskey, M., Hoxka, D. & Coccaro, E.F. (2010). How Do Depressed and Healthy Adults Interpret Nuanced Facial Expressions? *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 804-810.
- Gur, R.E., Kohler, C.G., Ragland, J.D., Siegel, S.J., Lesko, K., Bilker, W.B., & Gur, R.C. (2006). Flat Affect in Schizophrenia: Relation to Emotion Processing and Neurocognitive Measures. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 279–287.
- Green, M. J., Williams, L.M. & Davidson, D. (2003). Visual scanpaths to threat-related faces in deluded schizophrenia. *Psychiatry Research*, 119, 271-285.
- Hall, J., Harris, J.M, Sprengelmeyer, R., Sprengelmeyer, A., Young, A.W., Santos, I.M., Johnstone, E.C., & Lawrie, S. (2004). Social cognition and face processing in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 169-170.
- Harding, T., Arango, M., Baltazar, J. et al. (1980). Mental Disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*, 10, 231-242.
- Haxby, J.V., Hoffman, E.A., & Gobbini, M.I. (2002). Human Neural Systems for Face Recognition and Social Communication. *Biol Psychiatry*, 51, 59-67.
- Hooker, C., & Park S. (2002). Emotion processing and its relationship to social functioning in schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 112, 41–50.
- Iacaponi, E. & Mari, J. (1989). Reability and factor structure of the Portuguese version of Self-Reporting Questionnaire. *International Journal of Social Psychiatry*, 35, 213-222.
- Izard, C. (1971). *The face of emotion*. New-York: Appleton-Century-Crofts.
- Joiner, T.E. & Timmons, K.A. (2009). Depression in Its Interpersonal Context. In I.H. Gotlib & C.L. Hammen (2009). *Handbook of depression*. (2^a ed; pp.322-339). New York: Guilford Press.
- Keltner, D. & Kring, A.M. (1998). Emotion, Social Function, and Psychopathology. *Review of General Psychology*, 2(3), 320-342.

- Keltner, D., & Ekman, P. (2000) Facial Expression Of Emotion. In M. Lewis & J. Haviland-Jones (Ed.). *Handbook of emotions* (2^a ed., pp. 236-249). New York: Guilford Publications, Inc.
- Keltner, D., & Kring, A.M. (1998). Emotion, Social Function, and Psychopathology. *Review of General Psychology*, 2(3), 320-342.
- Kohler, C.G., Bilker, W., Hagendoorn, M., Gur, R.E., & Gur, R.C. (2000). Emotion Recognition Deficit in Schizophrenia: Association with Symptomatology and Cognition. *Biol Psychiatry*, 48, 127-136.
- Kohler, C.G., Turner, T.H., Bilker, W.B., Brensinger, C.M., Siegel, S.J., Kanes, S.J., Gur, R.E., & Gur, R.C. (2003). Facial Emotion Recognition in Schizophrenia: Intensity Effects and Error Pattern. *American Journal of Psychiatry*, 160(10), 1768-1774.
- Kohler, C.G., Turner, T.H., Gur, R.E., & Gur, R.C. (2004). Recognition of Facial Emotions in Neuropsychiatric Disorders. *CNS Spectrums*, 19(4), 267-274.
- Kohler, C.G., Walker, J.B., Martin, E.A., Healey, K.M., & Moberg, P.J. (2010). Facial Emotion Perception in Schizophrenia: A Meta-analytic Review. *Schizophrenia Bulletin*, 36(5), 1009-1019.
- Lameira, A.P., Gawryszewski, L.G., & Pereira, A. (2006). Neurónios Espelho. *Psicologia USP*, 17(4), 123-133.
- Langner, O., Dotsch, R., Gijsbert, B., Wigboldus, D., Hawk, S. & Knippenberg, A. (2010). Presentation and validation of the Radboud Faces Database. *Cognition and Emotion*, 24,(8), 1377-1388.
- Leppänen, J.M., Milders, M., Bell, J.S., Terriere, E., & Hietanen, J.K. (2004). Depression biases the recognition of emotionally neutral faces. *Psychiatry Research*, 128, 123-133.
- Linden, S.C., Jackson, M.C., Subramanian, L., Wolf, C., Green, P., Healy, D., & Linden, D.E.J. (2010). Emotion–cognition interactions in schizophrenia: Implicit and explicit effects of facial expression. *Neuropsychologia*, 48, 997-1002.
- Lougland, C.M., Williamns, L.M., & Gordon, E. (2002). Visual Scanpaths to positive and negative facial emotions in an outpatient schizophrenia sample. *Schizophrenia Research*, 55, 159-170.
- Lukasova, K., Macedo E.C., Valois M.C., Macedo G.C., & Schwartzman, J.S. (2007). Percepção de expressões faciais em pessoas com esquizofrenia: movimentos oculares, sintomatologia e nível intelectual. *Psico-USF*, 12(1), 95-102.

- Mandal, M.K., Pandey, R. & Prasad, A.B. (1998). Facial expressions of emotions and schizophrenia: review. *Schizophr Bull*, 24(3), 399-412.
- Marques, A. & Queirós, C. (2012). *Guia Orientador do Processo de Reabilitação Psiquiátrica (tradução de PRIMER-Boston)*. Porto: LabRP da FPCEUP-ESTSIPP.
- Marwick, K., & Hall, J. (2008). Social cognition in schizophrenia: a review of face processing. *British Medical Bulletin*, 88, 43-58.
- Matsumoto, D., Keltner, D., Shiota, M.N., O'Sullivan, M., & Frank, M. (2008). In M. Lewis, J.M. Haviland-Jones & L.F. Barrett (Eds.). *Handbook of Emotions* (3rd ed, pp. 211-234). New York: The Guildford Press.
- Michalopoulou P.G., Surguladze S., Morley L.A., Giampietro V.P., Murray R.M., & Shergill S.S. (2008). Facial fear processing and psychotic symptoms in schizophrenia: functional magnetic resonance imaging study. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 191-196.
- McIntyre, M. T., Pereira, G., Soares, V., Gouveis, J., & Silva, S. (1999). *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar – Versão Portuguesa de investigação*. Universidade do Minho, Departamento de Psicologia.
- Mykletun, A., Stordal, E. & Dahl, A.A. (2001). Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *British Journal of Psychiatry*, 179,540-544.
- Morrison R.L., Bellack A.S., & Mueser K.T. (1988). Deficits in facial-affect recognition and schizophrenia. *Schizophr Bull*, 14, 67-83.
- Neto, M.R.L. (2006). *Convivendo com a Esquizofrenia: Um guia prático para portadores e familiares*. São Paulo: Prestígio.
- Oatley, K., & Jenkins, J. (2002). *Compreender as emoções*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Prazeres, N., Parker, J. D. A. & Taylor, G. J. (2000). Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (tas-20). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico Y Evaluación Psicológica*, 9(1), 9-21.
- Reevy, G. Ozer, Y.M., & Ito, Y. (2010). *Encyclopedia of Emotion* (Vol.II). California: Greenwood.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3, 131-141.

- Santos, K., Araújo, T. & Oliveira, N. (2009). Estrutura Fatorial e Consistência Interna do Self Report Questionary (SRQ-20) em população urbana. *Caderno de Saúde Pública*, 25(1), 214-222.
- Schneider, F., Gur, R.C., Koch, K., Backes, V., Amunts, K., Shah, N.J. Warren Bilker, W., Gur, R.E., & Habel, U. (2006). Impairment in the Specificity of Emotion Processing in Schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 163(3), 442-447.
- Segrin, C. (2001). *Interpersonal processes in psychological problems*. New York: Guilford.
- Sterian, A. (2001) *Esquizofrenia*. São Paulo: Casa dos Psicólogos, 35-41.
- Strongman, K.T. (2004). *A psicologia da emoção* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Surguladze, S., Brammer, M.J., Keedwell, P., Giampietro V., Young, A.W., Travis, M.J., Williams, S.C.R., & Phillips, M.L. (2005). A Differential Pattern of Neural Response Toward Sad Versus Happy Facial Expressions in Major Depressive Disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 201-209.
- Surguladze, S., Young, A.W., Senior, C., Brébion, G., Travis, M.J., & Phillips, M.L. (2004). Recognition Accuracy and Response Bias to Happy and Sad Facial Expressions in Patients With Major Depression. *Neuropsychology*, 18(2), 212-218.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1992). "The Revised Toronto Alexithymia Scale: some reliability, validity, and normative data." *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 34-41.
- Williams, L., Loughland, C., Gordon, E. & Davidson, D. (1999). Visual scanpaths in schizophrenia: is there a deficit in face recognition? *Schizophrenia Research*, 40,189-199.
- Winston, J. S., Strange, B. A. & O'Doherty, J. (2002). Automatic and intentional brain responses during evaluation of trustworthiness of faces. *Nature Neuroscience*, 5, 277-283.
- Wright, I.C., Rabe-Hesketh, S., Woodruff, P.W. R., David, A.S., Murray, R.M., & Bullmore, E.T. (2000). Meta-analysis of regional brain volumes in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 157, 16-25.
- Zigmond, A.S. & Snaith, R. P., (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 67, 361-370.

Site: www.who.int (informação sobre prevalência da depressão, consultada em Junho 2012)