

**Jéssica Costa Pereira**

**A Teoria da Mente e a Depressão**



**Universidade do Algarve**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2019

**Jéssica Costa Pereira**

# **A Teoria da Mente e a Depressão**

**Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**

**Trabalho efetuado sob a orientação de:**

**Professora Doutora Alexandra Isabel Cabral da Silva Gomes**



**Universidade do Algarve**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2019

## **A Teoria da Mente e a Depressão**

### **Declaração de Autoria**

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Assinatura

---

Jéssica Costa Pereira

## ***Copyright***

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

## **Agradecimentos**

Prestes a concluir o maior desafio acadêmico, quero agradecer a todas as pessoas que contribuíram para que fosse possível terminar esta etapa, com altos e baixos, e por vezes sem motivação para continuar, as pessoas que se seguem foram fundamentais para que este objetivo se tornasse realizável.

Em primeiro, à Professora Doutora Alexandra Gomes, agradeço a ajuda incansável em todo o processo, o apoio, a motivação quando tudo parecia estar errado, a compreensão, dedicação e paciência, a si professora, obrigada é pouco para agradecer.

Aos meus pais e irmã, pelo apoio, por não me deixarem desistir em algum momento, mesmo sem que percebessem e pela confiança ao respeitarem o meu tempo. Agradecer também a toda a minha família pela preocupação que sempre tiveram comigo, e que de alguma forma me ajudaram a chegar até aqui.

Aos meus amigos que foram os melhores, por todo o apoio e motivação, por também nunca me deixarem desistir nas piores fases deste longo percurso.

E por último, um agradecimento especial também a todas as pessoas que se disponibilizaram a participar neste estudo.

## **Resumo**

Denomina-se por Teoria da Mente uma habilidade social correspondente à capacidade que nos permite reconhecer, atribuir e compreender os estados mentais tanto em nós próprios como nos outros. Reflete-se nos pensamentos, crenças, desejos, emoções, intenções e atitudes, que a tornam automática. Assim, o conceito de teoria da mente surge como base para a construção de uma relação da pessoa consigo própria bem como com o outro. Do ponto de vista explicativo, neste caso a teoria da mente baseia-se em recursos de processamento tanto cognitivos, em que se percebe a perspetiva do outro, como afetivos, que se reflete na resposta emocional aos sentimentos do outro.

A depressão é uma das perturbações que pode afetar o desempenho desta habilidade. Esta perturbação tem um grande impacto negativo na vida da pessoa, tanto a nível social como em outras áreas do seu funcionamento, sabendo que a empatia, uma das características principais relacionada com a teoria da mente, poderá também estar relacionada com os sintomas depressivos.

O objetivo principal deste estudo é contribuir para a compreensão do funcionamento da teoria da mente em indivíduos com depressão e sem depressão, tendo em atenção ao grau de severidade da mesma, sendo que tem como objetivos específicos verificar o efeito da presença de sintomas depressivos na teoria da mente, verificar a relação entre a depressão e a empatia e verificar o efeito da empatia na teoria da mente.

O estudo foi realizado com 74 participantes, sendo que 14 foram eliminadas, tendo em conta o critério de exclusão sobre a presença de ansiedade social, de modo a isolar a depressão para uma amostra homogénea.

Em modo de conclusão, ao contrário do esperado, podemos afirmar que não se verificam alterações significativas na capacidade da teoria da mente em indivíduos com e sem depressão.

**Palavra-chave:** Teoria da Mente; Depressão; Empatia;

## **Abstract**

The Theory of Mind is a social aptitude that provides people the capacity to recognize, attribute and understand mental states in themselves as well as in the others. It is reflected by thoughts, beliefs, desires, emotions, intentions and attitudes that make it automatic. As a result, the concept of Theory of Mind emerges as the basis both for the construction of a relationship of a person with oneself as well as with the others. In this case, from the explanatory point of view, the theory of mind is based both on cognitive processing resources, in which prevails the perspective of the other, as well as affective processing resources, in which the emotional response to the feelings of the other are reflected.

Depression is one of the disorders that can affect the performance of this ability. This disorder has a negative impact on a person's social life as well in other areas of its functioning. Having this into consideration, it is important to mention that empathy, one of the main characteristics related to the theory of mind, may also be related to depressive symptoms.

This study aims to contribute to the understanding of the theory of the mind's functioning on individuals with and without depression, having in consideration different levels of severity for this disorder. As so, this study intends as its specific objectives the verification of the presence's effects of depressive symptoms in the theory of mind as well as the verification of the relationship between depression and empathy and finally the effect of empathy on the theory of mind.

The study was conducted with 74 participants from whom 14 were eliminated based on the exclusion criteria related to the presence of social anxiety. This decision was taken in order to isolate the depression study to a more homogeneous sample.

In conclusion and contrarily to what was expected, there were no significant changes in the ability of the theory of mind in individuals with and without depression.

**Keyword:** Theory of mind; Depression; Empathy.

## Índice

1 - Introdução.....	1
2. Enquadramento Teórico .....	3
2.1. Teoria da Mente .....	3
2.2. Depressão e Teoria da Mente.....	7
2.3. Depressão e Empatia.....	9
2.4. Empatia e Teoria da Mente .....	10
2.5 Teoria da Mente, Depressão e Empatia .....	12
3. Objetivo .....	15
4. Metodologia.....	16
4.1. Amostra.....	16
4.2. Instrumentos.....	16
4.2.1. <i>Recognition of Faux Pas Test (FP)</i> .....	16
4.2.2. <i>Reading the Mind in the Eyes Test [Revised Adult Version] (RMIET – RAV)</i> .....	17
4.2.3. <i>Escalas do Quociente de Empatia e do Quociente de Sistematização</i> .....	18
4.2.4. <i>O Inventário de Depressão de Beck ("Beck Depression Inventory"; Beck et al., 1961; BDI)</i> .....	18
4.2.5. <i>Escala de Ansiedade e de Evitamento em Situações de Desempenho e de Interação Social (EAESDIS)</i> .....	19
4.2.6. <i>Matrizes Progressivas de Raven</i> .....	19
5. Resultados.....	21
5.1. Caracterização da amostra .....	21
5.2. Caracterização dos instrumentos .....	21
6. Discussão .....	28
7. Referências Bibliográficas.....	33
Anexos .....	37

## **Índice de Figuras**

<b>Figura 1.</b> Relação entre Teoria da Mente, Depressão e Empatia .....	14
---	----

## Índice de tabelas

<b>Tabela 5.1.</b> Fiabilidade interna. ....	22
<b>Tabela 5.2.</b> Estatística descritiva dos instrumentos utilizados.....	22
<b>Tabela 5.3.</b> Categorias do <i>BDI</i> .....	23
<b>Tabela 5.4.</b> Modelos de regressão linear entre ToM, Empatia e Depressão.....	26

## **Índice de anexos**

**Anexo 1** – Consentimento Informado

**Anexo 2** – *Recognition of Faux Pas Test*

**Anexo 3** – *Reading the Mind in the Eyes Test*

**Anexo 4** – Escalas de Medição do Quociente de Empatia e do Quociente de Sistematização

**Anexo 5** – Escala de Ansiedade e de Evitamento em Situações de Desempenho e de Interação Social

**Anexo 6** – *Beck Depression Inventory-II*

**Anexo 7** – Modelos de Regressão Linear

## **1 - Introdução**

Teoria da Mente (ToM) reflete-se num mecanismo inato ao ser humano, que permite refletir, predizer e compreender tanto o seu comportamento, como o do outro. Esta capacidade cognitiva permite-nos ainda reconhecer em nós e nos outros os estados mentais, bem como compreender as emoções e intenções, regulando então as interações sociais.

O termo foi utilizado inicialmente por Premack e Woodruff (1978) quando observaram que os chimpanzés tinham a capacidade, de um modo bastante similar aos humanos, de inferir sobre os estados mentais tanto dos outros como dos próprios.

O desenvolvimento da teoria da mente passa por diversos modelos explicativos, sendo que um dos mais recentes propõe que a teoria da mente se reflete em duas componentes, a socio-percetiva, que diz respeito às capacidades que utilizamos para fazer julgamentos acerca do estado mental do outro e a socio-cognitiva, que está relacionada com a capacidade de interpretar as ações do outro, de modo a refletir sobre o seu estado mental e predizer o seu comportamento.

No entanto, esta habilidade social está relacionada com alguns défices e alterações cognitivas e comportamentais. A depressão é uma perturbação que pode afetar o desempenho da teoria da mente, com evidências de que pessoas com sintomatologia depressiva apresentam défices que perturbam a compreensão dos estados mentais. Uma das hipóteses relativas à origem da depressão implica diretamente a empatia. Por sua vez, a empatia é considerada um processo integrante da teoria da mente. Neste sentido, sendo a empatia uma habilidade social cognitiva e emocional crucial para as interações da pessoa, é possível que nesta perturbação esteja ela também comprometida.

Assim, o objetivo deste estudo é contribuir para a compreensão do funcionamento da teoria da mente em indivíduos com e sem depressão, bem como a relação entre a depressão e a empatia e de que forma poderá esta estar relacionada com a teoria da mente.

Neste sentido, será apresentado o enquadramento teórico, de modo a aprofundar os diversos conceitos antes descritos. Posto isto, apresenta-se em pormenor os objetivos pretendidos com o presente estudo, bem como os instrumentos e amostra utilizados, seguindo-se os resultados do mesmo.

Para terminar, espera-se uma breve discussão acerca dos resultados obtidos, assim como propostas para estudos futuros relacionados com os mesmos conceitos abordados neste estudo.

## **2. Enquadramento Teórico**

### **2.1. Teoria da Mente**

Para podermos inferir a respeito dos estados mentais do outro precisamos de um sistema de referências que viabilize comparações entre o nosso mundo interno, subjetivo, e o mundo externo. Este sistema traduz-se numa capacidade adaptativa, um mecanismo inato ao ser humano, que lhe permite refletir, predizer e compreender o seu comportamento, bem como o do outro. Em 1978, Premack e Woodruff observaram que os chimpanzés tinham a capacidade de inferir acerca dos estados mentais, não só deles próprios, como dos outros, de forma similar aos humanos. Os autores denominam então esta habilidade como “Teoria da Mente”, e afirmam que a perceção social nos chimpanzés começa com a observação do comportamento dos outros, tal como nos humanos.

Esta capacidade cognitiva permite-nos reconhecer, atribuir e compreender os estados mentais em si mesmo e no outro, bem como para compreender as emoções e intenções de terceiros, funcionando, portanto, como um regulador das interações sociais e do bem-estar da própria pessoa (Happé, Winner, & Brownell, 1998). A teoria da mente surge então como a base para a construção de uma relação do sujeito consigo próprio e com o outro, em que podemos reconhecer que o conhecimento de outra pessoa é diferente do nosso. Reflete-se nos pensamentos, crenças, desejos, emoções, intenções e atitudes de carácter universal, que a tornam rápida e automática (Converse, Lin, Keysar, & Epley, 2008), sendo esperado que as pessoas que têm uma vida social evoluída apresentem uma frequência elevada de pensamentos e crenças sobre os estados mentais dos outros (e dos próprios) mesmo quando não o verbalizam.

Do ponto de vista do seu desenvolvimento, a teoria da mente é uma habilidade socialmente construída, dependente da maturidade biológica do indivíduo. De acordo com Carlson, Koenig e Harms (2013), até aos 2 anos de idade, os indivíduos adquirem uma compreensão básica sobre a emoção, a intenção, o desejo e a perceção. Até esta idade as crianças mostram dificuldade em compreender como as pessoas diferem no conhecimento e nas crenças, assumindo que todos são conhecedores da mesma informação, agindo em conformidade com esse facto.

Entre os dois e os seis anos de idade surge a compreensão da perceção, permitindo-nos fazer uma distinção sistemática entre o mundo e as suas representações. Esta

conquista permite-nos compreender uma crença falsa sobre algo e, conseqüentemente, o efeito dela no comportamento, ou seja, como esta pessoa se comporta em função desta crença (Lourenço, 1992). Bartsch e Wellman (1995), afirmam que aos quatro anos de idade as crianças começam a conseguir compreender que as crenças podem ser enquadradas nos desejos e que, conseqüentemente podem motivar o pensamento e o comportamento humano. Estão formadas as bases cognitivas para pensar nos estados mentais do outro como diferenciados dos sistemas mentais do próprio.

Apesar da definição do que se entende por teoria da mente ser relativamente aceita existem vários modelos que pretendem explicar como operamos estas inferências.

Para Baron-Cohen (2000) esta habilidade é quintessencial para o domínio humano e dificuldades ao nível da teoria da mente, isto é, da capacidade de compreender o conteúdo do seu pensamento e do pensamento dos outros, é representativo de outro tipo de compromissos da saúde mental.

O autor propõe a existência de quatro componentes na representação dos estados mentais do outro: 1) o detetor de intencionalidade, 2) o detetor da direção do olho, 3) o mecanismo de atenção compartilhada e o 4) mecanismo da teoria da mente. As duas primeiras componentes desenvolvem-se precocemente (até aos 9 meses) e permitem à criança compreender os desejos e objetivos do comportamento do outro. Contudo, a capacidade para compreender que os outros podem-se direccionar diretamente aos objetivos sobre os quais estão prestes a agir só é adquirida mais tardiamente (perto dos 18 meses de idade), em simultâneo com a compreensão de que podem partilhar com o outro interesses e desejos sobre os mesmos objetos. Por fim, o último módulo, ToM, desenvolve-se entre os 18 e os 48 meses de idade e possibilita inferir acerca dos estados mentais através do comportamento observado. Ao integrar o conhecimento do estado mental a criança e futuro adulto já consegue prever o comportamento do outro (Langten, Watt, & Bruce, 2000).

Os modelos teóricos mais recentes propõem que a teoria da mente se baseia em recursos de processamento tanto cognitivos (por exemplo, entendendo a perspectiva do outro) como afetivos (por exemplo, resposta emocional a estados de sentimento do outro). De acordo com o modelo teórico dos autores Tager-Flusberg e Sullivan (2000), a teoria da mente assenta numa construção abrangente que vai além do conceito de uma mente representacional. A ToM utiliza recursos suportados por duas componentes

representativas do conhecimento do mundo social, a originada na dimensão socio-percetiva e a gerada na dimensão sócio- cognitiva. Esta divisão assenta na compreensão de que poderão existir processos diferenciados para julgar de forma imediata um estado mental (dimensão socio-percetiva), dos utilizados para realizar inferências complexas sobre o conteúdo desse estado mental (dimensão socio-cognitiva). De forma simplificada, a dimensão socio-percetiva diz respeito às capacidades que utilizamos para fazer julgamentos acerca do estado mental do outro, tendo como base as expressões faciais e corporais, e a socio-cognitiva diz respeito à capacidade de interpretar as ações do outro, de modo a refletir sobre o seu estado mental, e prever o seu comportamento.

Estas duas dimensões estarão ligadas a substratos neurobiológicos distintos, sugerindo uma diferenciação entre os dois processos. A componente socio-percetiva envolve a amígdala, as estruturas medio-temporais e o lobo frontal. A área medio-frontal tem sido consistentemente descrita como estando envolvida no processamento social-cognitivo (Frith & Frith, 2000).

De acordo com as dificuldades apresentadas pelos indivíduos, assim podemos inferir onde existem os compromissos na construção da mente representada do outro, podendo os défices apresentarem-se desde logo na construção do objeto do desejo do outro, na leitura das pistas sobre o comportamento, até à capacidade de inferir, de forma complexa, sobre os estados mentais dos outros.

Neste sentido, são várias as medidas que existem para avaliar esta habilidade. *Theory of Mind Picture Stories Task* (Brüne, 2003) e o *Recognition of Fux Pas Test* (validação portuguesa, Faísca e colaboradores, 2016) são testes que avaliam a capacidade da pessoa para fazer inferências sobre os sentimentos e pensamentos do outro, ambas são de avaliação cognitiva, em que avaliam o processo social-percetivo e o processo social-cognitivo. Também o *Reading the Mind in the Eyes Test* (Mouga & Tavares, 2012), que tem enfoque no reconhecimento de reações emocionais e descodificação do estado mental do outro, é uma tarefa que avalia a ToM. Outra medida designada para avaliar as competências da teoria da mente é o *Imposing Memory Task* (Kunderman et al., 1998). Temos também o *Awkward Moments Test* (Heavey et al., 2000) em que o objetivo é interpretar as situações sociais constrangedoras apresentadas em vídeo e atribuir estados mentais às personagens envolvidas, e ainda o *Story Comprehension Test* (Channon & Crawford, 2000), neste teste são apresentadas

situações sociais e o objetivo é o participante explicar o discurso ou comportamento das personagens.

A deteção das dificuldades inerentes à utilização da teoria da mente acaba por permitir uma melhor compreensão de determinadas alterações cognitivas e comportamentais (Correia, 2016).

Em patologias com forte comprometimento social, como a Perturbação do Espectro do Autismo, estão descritos défices quer no domínio socio-percetivo quer no domínio sócio-cognitivo (Baron-Cohen, Jolliffe, Mortimore, & Robertson, 1997; Baron-Cohen, 2000), com menor e maior grau de severidade. A teoria da mente parece estar também comprometida na Esquizofrenia (caracterizada por uma disrupção cognitiva/emocional, que afeta áreas como a perceção, o pensamento, o afeto e o comportamento) devido à falha de monitorização dos estados mentais, que conseqüentemente afeta por exemplo a compreensão de metáforas e de ironia (Rocha, Fernandes & Rocha, 2010).

O impacto observado no campo social, conduziu aos estudos que estabelecem a relação entre a Ansiedade Social e a Teoria da Mente. Esta patologia caracteriza-se pelo medo persistente e excessivo e evitação de situações sociais. Hezel e McNally (2014) observaram défices em pacientes diagnosticados com distúrbio de ansiedade social, em comparação com controlos saudáveis. Ao contrário das pessoas com autismo, que apresentam fortes dificuldades em estabelecer crenças sobre os estados mentais dos outros, ou dos esquizofrénicos que falham em monitorizar os estados mentais, os indivíduos socialmente ansiosos parecem exagerar na monitorização e interpretação desses estados. Esta sobre-monitorização parece existir tanto em indivíduos com ansiedade social como em indivíduos com depressão. A simultaneidade entre as duas patologias mentais levou Washburn, et al. (2016) a realizarem um estudo que pretendia compreender se ambas as patologias têm, separadamente, relações com défices ao nível da teoria da mente. Os resultados sugeriram que tanto os indivíduos com ansiedade social (sem depressão) e indivíduo com depressão major (sem ansiedade) apresentavam padrões de sobre-mentalização dos estados mentais dos outros e, por consequência, défices na teoria da mente.

## 2.2. Depressão e Teoria da Mente

A Depressão é um dos problemas de saúde pública mais comuns a nível mundial, sem distinção cultural nem social (Costa, 2011). Tem um elevado impacto na dimensão pessoal e familiar, com comprometimento significativo dos aspetos sociais, ocupacionais e em outras áreas de funcionamento. Normalmente, o sujeito deprimido pode tornar-se apático, desmotivado e sensível unicamente aos factos negativos da vida, criando-lhes um feedback de reforço do seu estado, com presença de ideação suicida ou tentativa de suicídio (Costa, 2011). Em Portugal, estima-se que cerca de 7,4% dos indivíduos apresentem uma perturbação depressiva (Direção Geral de Saúde, 2015). No relatório sobre o Estado da Saúde em 2018 (Ministério da Saúde, 2018) tanto em homens como mulheres as perturbações depressivas aparecem em 3º e 4º lugar (respetivamente) no *rank* das 5 doenças causadores de morbilidade na população portuguesa, em qualquer idade.

O termo depressão surge por volta do Século XVIII, como forma de caracterizar “espíritos negativos” ou “inferiores”. Depois da segunda guerra mundial, nos finais do século XIX, surgiu a escola de psiquiatria de orientação mais clínica, que depressa ganhou um lugar elevado com a criação de algumas nosologias, juntamente com os trabalhos de Kraepelin entre 1880 e 1914, os quais ainda estão, na sua natureza, na base das classificações atuais. Depois da segunda guerra mundial, e com as constantes controvérsias entre as várias escolas europeias e americanas e os problemas de aceitação da 6ª revisão da classificação internacional de doenças (CID), os autores americanos decidiram desenvolver uma classificação alternativa, nomeadamente o *Diagnostic Statistical Manual* (DSM), publicada em 1952 (Costa, 2011).

De acordo com o DSM 5, “depressão” é uma perturbação clínica com os critérios de episódio depressivo major, caracterizada pela desregulação do humor disruptivo, na qual são experienciadas emoções de angústia, tristeza, frustração, desmotivação, resultantes de experiências traumáticas vividas no passado, das quais a pessoa ainda não se conseguiu libertar; podem ser experiências que colidem com os valores, com as crenças e com os objetivos a pessoa, criando conflitos emocionais. São sensações e sentimentos de tristeza, de mágoa e de revolta que perturbam e deprimem a pessoa, dia após dia acumulam-se emoções negativas, o que leva a um estado de absoluta incapacidade para lidar com este estado emocional negativo.

O modelo comportamental dá relevância à aprendizagem e interação com o ambiente para explicar os mecanismos de emergência da depressão. Nesta perspectiva, é vista como uma consequência da diminuição de comportamentos adaptados, tais como o contacto social e o interesse pelas atividades e pelas pessoas, o que resultaria num aumento da frequência de comportamentos de rejeição e fuga de estímulos como a tristeza e o choro (Costa, 2011). Os mecanismos de manutenção seriam de condicionamento; porém, explicar a depressão unicamente através da perspectiva comportamental é limitado (Quartilho, 2003).

Os modelos cognitivos, como é exemplo a Teoria Cognitiva da Depressão de Albert Ellis e Aaron Beck, postulam que a patologia é o resultado de hábitos de pensamentos implantados, decorrentes dos esquemas cognitivos disfuncionais (Powell, Oliveira, & Sudak, 2008). Para Beck a depressão pressupõe três elementos básicos: a tríade cognitiva, os esquemas e as distorções cognitivas. Modificações nestes três elementos básicos, poderão provocar distorções na interpretação dos estados mentais dos outros, sendo esperado que estes indivíduos apresentem dificuldades ao nível da dimensão socio-cognitiva da teoria da mente.

Por exemplo, Wolkenstein, Schonenberg, Schirm e Hautzinger (2011) sugerem que as pessoas que sofrem de distúrbios depressivos unipolares não são prejudicadas na capacidade de descodificar estados mentais de pistas observáveis, mas são prejudicadas na capacidade de tirar conclusões válidas sobre os estados mentais de outras pessoas. O défice no raciocínio reflete as dificuldades na integração de informações contextuais sobre uma pessoa, sendo que ainda não é claro se a capacidade de descodificação inevitável é atribuível a todos os indivíduos com depressão unipolar ou se depende do nível de depressão.

Lee, Harkness, Sabbagh e Jacobson (2005) sugerem que a depressão grave, e especificamente os sintomas afetivos da depressão, está associada a um comprometimento significativo na capacidade de descodificar estados mentais do outro. A descodificação do estado mental suporta as interações sociais diárias. Uma rutura na capacidade de captar as sugestões subtis e não-verbais do outro pode ser um fator crítico na compreensão das dificuldades sociais experimentadas por indivíduos deprimidos. Esta habilidade comprometida pode levar a pessoa deprimida a responder de forma inadequada, provocando reações negativas no outro e possível rejeição.

Fernandes, de Oliveira Falcone & Sardinha (2012), sugerem que a depressão desencadeia défices nas habilidades sociais e salientam que défices na empatia podem estar associados à depressão. Sendo a teoria da mente a habilidade de compreender as intenções e emoções nos outros, é importante perceber se as pessoas com depressão tendem a mostrar dificuldades neste sentido (Koelkebeck, Liedtke, Kohl, Alferink, & Kret, 2017).

Mais recentemente, Bora e Berck (2016) desenvolveram uma meta-análise sobre a teoria da mente no distúrbio de depressão major. Os resultados dos estudos analisados permitiram observar que os indivíduos que apresentavam depressão major tinham défices ao nível da teoria da mente, avaliados em diferentes tipos de tarefas que medem o espectro verbal/visual, cognitivo/afetivo e de razão/decodificação do estado mental do outro. Os autores observam ainda, que a variabilidade de resultados implica estudar ainda diferentes subtipos e estádios de depressão.

É ainda de registar que a emergência e manutenção da depressão tem sido associada a défices na regulação emocional, no processamento de informação social relevante tanto de forma afetiva como cognitiva e as respostas empáticas às emoções dos outros parecem estar ligadas a esses mecanismos (Tully, Ames, Garcia, & Donohue, 2016).

### **2.3. Depressão e Empatia**

Schreiter, Pijnenborg e Rot (2013) estabelecem a relação entre empatia e depressão, salientando que é complexo determinar a direção da causalidade. Os autores revêm vários estudos focados nesta relação, cujas dificuldades empáticas se estabelecem desde indivíduos com depressão subclínica até aos que apresentam quadros de depressão major ao longo da sua vida.

Os indivíduos deprimidos tendem a ter dificuldade em abandonar uma visão mais egocêntrica para se focarem nos estados emocionais dos outros (Cusi, MacQueen, Spreng, & McKinnon, 2011). Parecem ter constrangida a tomada de perspetiva, precisamente pela dificuldade em estabelecer os estados mentais do outro em face dos seus comportamentos, pela dificuldade em ler as pistas visuais fornecidas por estes.

No entanto, alguns estudos defendem uma relação diferente entre a empatia e a depressão. Apesar da perspectiva cognitiva se focar principalmente na preocupação do paciente com o Eu, o papel da preocupação com os outros poderá ter uma relação com a depressão (O'Connor, Berry, Weiss, & Gilbert, 2002). O'Connor et al. (2007) defendem que as pessoas que estão deprimidas na maioria das vezes têm níveis normais ou elevados de empatia. No entanto, as interpretações automáticas dirigidas ao afeto, à dor no outro, são frequentemente perturbadas, que levam a afirmações não conscientes de culpa, geralmente colocadas em si mesmas. A empatia dita saudável requer uma compreensão da causalidade, que está afetivamente distorcida na depressão.

A reação empática nas pessoas com sintomatologia depressiva frequentemente leva a um grande sofrimento, porque tendem a sentir-se culpados (de forma irreal) pela dor sentida pelos outros; por outro lado uma pessoa deprimida pode ser egocêntrica porque muitas vezes não revelam a sua preocupação com os outros, e em vez disso, descrevem-se como egoístas.

Apesar das possíveis relações teóricas entre a empatia a depressão, a direção causal entre ambas não é clara. Fernandes, de Oliveira Falcone e Sardinha (2012) observaram que as pessoas que tem défices em habilidade sociais tendem a deprimir mais facilmente do que uma pessoa que não apresente esses défices; ainda que esses défices não sejam a causa direta para sintomas depressivos, são um fator que contribui para o desencadear da perturbação. As autoras sugerem que há então uma relação entre défices nas habilidades sociais e a depressão, sendo que os défices podem ser fatores de vulnerabilidade para a perturbação e ainda o nível de gravidade da depressão pode interferir na capacidade da pessoa interagir no seu meio social.

Desta forma, seja uma sobrecarga da resposta empática, seja pela dificuldade em focar-se nos estados emocionais dos outros, a empatia parece ter um papel relevante nos estados depressivos, sem que ainda se permita estabelecer concretamente o seu papel, sendo necessário mais estudos.

#### **2.4. Empatia e Teoria da Mente**

A empatia é um conceito multidimensional que engloba processos afetivos e cognitivos para a formação de uma resposta empática (Davis, 1983; Singer, 2006) Pode

ser definida pela capacidade de compreender e/ou de expressar compreensão sobre a perspectiva e sentimentos da outra pessoa, além de experimentar sentimentos de compaixão e de interesse pelo bem-estar desta, sendo um fator essencial para as relações interpessoais (Giaxa, 2015). Estas experiências de identificação com os sentimentos e pensamentos do outro pode ter consequências positivas ou negativas no indivíduo (Schreiter, Pijnenborg, & Rot, 2013).

Para Gaspar (2014) a empatia afetiva consiste na experiência vicariante, com ativação emocional involuntária, que envolve muitas respostas fisiológicas automáticas que espelham a experiência emocional do outro, mas em que o indivíduo conserva a noção de si como entidade distinta desse outro.

No caso particular da empatia afetiva, a preocupação empática e o *stress* empático poderão conduzir a um aumento da reatividade emocional do indivíduo, que por sua vez já foram relacionados com estados de ansiedade, timidez, solidão e dificuldade em regular interações sociais emocionais (eg. Carmel & Glick, 1996; Lange & Couch, 2011).

A empatia afetiva parece ser suportada por uma tomada de perspectiva cognitiva, que tende a facilitar uma compreensão intelectual do que o outro está a sentir (Shamay-Tsoory, 2011). Este conceito parece ter uma sobreposição à teoria da mente, o que tem conduzido a que em algumas formulações teóricas seja entendido como sendo o mesmo (Schreiter, Pijnenborg, & Rot, 2013). No entanto, a Teoria da Mente envolve a capacidade de atribuir estados mentais aos outros, inferidos através dos seus comportamentos, não implicando, necessariamente, um processo empático. Esta retirada do contexto emocional é clara nos indivíduos psicopatas que, apesar de conseguirem compreender o estado emocional e as crenças dos outros a partir dos seus comportamentos, não apresentam um processo empático (Singer, 2006).

Esta empatia cognitiva consiste na capacidade de inferir com precisão os sentimentos, sem experimentar necessariamente os mesmos sentimentos (Oliveira Falcone et al., 2008), ou seja, na compreensão do que se passa com o outro pode ocorrer na presença, mas também na ausência da empatia emocional, o que requer fundamentalmente ter uma teoria da mente.

Poderíamos ainda defender que a empatia é uma resposta afetiva mais apropriada à situação de outra pessoa do que à sua própria situação (Ramos, 2012). Neste sentido, a empatia estaria mais relacionada com a capacidade de tomada de perspectiva do outro,

num movimento que envolve pensamentos, sentimentos e atitudes dirigidas ao autor, o que sendo uma capacidade necessária a uma teoria da mente bem-sucedida, não poderá encerrar um conceito no outro. A Teoria da Mente é essencial a um bom funcionamento social, incluindo os processos empáticos, garantindo que os indivíduos que têm uma teoria da mente operante, têm maiores probabilidades de experimentar sucesso em situações sociais através da partilha de experiências e de uma comunicação eficaz (Pinheiro, 2015).

Kim e Lee (2018) mostram a importância de perceber a perspectiva da outra pessoa de forma a manter uma relação desejável com o outro. Compreender alguém significa saber que podemos olhar para a situação do ponto de vista do ator. A teoria da mente entende o que o outro pensa ou sente, relacionado com a empatia cognitiva, no entanto, a empatia refere-se tanto à identificação das emoções dos outros (empatia cognitiva), como a partilha de emoções (empatia afetiva). Neste sentido, a Teoria da Mente inclui a empatia cognitiva, mas não necessariamente a empatia emocional: é uma componente necessária, mas não suficiente como um todo.

Em suma, a teoria da mente parece usar recursos do processo empático para identificar e representar adequadamente os estados emocionais do outro, permitindo-lhe realizar inferências mais apropriadas, contudo, perante a evidência de que existem défices ao nível da teoria da mente em indivíduos com depressão, mesmo quando subclínica, e dado que a resposta empática poderá ter uma relação com a manutenção da patologia, parece interessante compreender a relação entre estes três conceitos.

## **2.5 Teoria da Mente, Depressão e Empatia**

Partindo do pressuposto que tanto a empatia como a teoria da mente contribuem para o funcionamento social do homem, permitindo-lhe apresentar respostas adequadas em face dos comportamentos observados no outro – seja através da resposta empática, seja através da interpretação e inferências das motivações do seu comportamento – torna-se relevante compreender como estes processos se relacionam, nomeadamente no caso dos indivíduos que apresentam depressão.

Kupferberg, Bicks e Hasler (2016) mostram que tanto a teoria da mente como a empatia, apresentam alterações, nem sempre consistentes na literatura, em sujeitos com depressão, o que lhes prejudica o funcionamento social.

Para O'Connor et al. (2007) tanto a empatia como a teoria da mente contribuem para a cognição social; contudo, considera que a empatia é um processo biológico, partilhado com todos os mamíferos e como tal, antecedente ao bom desenvolvimento da teoria da mente. Neste caso, a empatia será um antecedente da teoria da mente e serão as alterações no processo empático, decorrentes da depressão, que provocarão os défices à teoria da mente. Já para Kim e Lee (2018), os pré-requisitos serão semelhantes para o desenvolvimento de ambas as habilidades cognitivas, sendo complexo destrinçar antecedentes e consequentes.

No caso particular da depressão, a presença dos défices na teoria da mente parece ser tanto um antecedente como um consequente da doença (e.g. Bora e Berk, 2016). No entanto, Ladegaard, Videbeck, Lysaker e Larsen (2016) observam que há uma melhoria da função social cognitiva e metacognição após o tratamento da depressão, ainda que não de forma completa. Os autores referem ainda que está por compreender se esses défices já existiam antes do episódio depressivo ou se surge pela ação da depressão.

Em defesa da tese que os défices são posteriores à depressão estão défices maiores para graus de maior severidade (e.g. Wang, Wang, Chen, Zhu, & Wang, 2008) ou para indivíduos com múltiplos episódios de depressão (Wolkenstein, Schonenberg, Schirm, & Hautzinger, 2011).

Relativamente à relação entre empatia e depressão, partindo do pressuposto cognitivo, que a tríade cognitiva está distorcida, a compreensão e leitura dos estados emocionais dos outros poderá estar comprometida. Mesmo que considerando o processo empático como sendo responsável para uma preocupação exagerada com o outro, como defende O'Connor et al. (2007), iremos considerar que as alterações são provocadas pela distorção cognitiva, sendo por isso, posteriores ao desenvolvimento da patologia mental.

De modo a entender visualmente a relação entre os conceitos abordados, apresentasse a seguinte imagem (Figura 1), com um modelo que representa as relações antes abordadas. Neste sentido, podemos observar que foi estudada a relação direta entre a depressão e teoria da mente, de que modo a perturbação afeta esta habilidade, e ainda a

mesma relação, introduzindo o conceito de empatia, tentando perceber de que modo a relação da depressão com a empatia poderá afetar, de alguma forma, a teoria da mente.



**Figura 1.** Relação entre Teoria da Mente, Depressão e Empatia

### **3. Objetivo**

Como observado previamente, parece existir alguma incoerência nos resultados dos estudos que procuram relacionar a existência de um déficit ao nível da Teoria da Mente em indivíduos com depressão. De forma a contribuir para essa discussão e de acordo com a sugestão realizada por Wolkenstein, Schonenberg, Schirm, & Hautzinger (2011), o objetivo deste estudo é aumentar a compreensão do funcionamento da teoria da mente em indivíduos com depressão e sem depressão, tendo em atenção ao grau de severidade da mesma, ou seja perceber quais as alterações da capacidade da teoria da mente em indivíduos com diferentes graus de severidade.

Por sua vez, a empatia parece ser uma dimensão necessária, não exclusiva, da teoria da mente, que parece também interferir no processamento cognitivo e afetivo dos indivíduos com depressão.

Desta forma, estabelecemos três objetivos específicos que pretendem: 1) verificar o efeito da presença de sintomas depressivos na teoria da mente; 2) verificar a relação entre a depressão e a empatia; e 3) estabelecer a relação entre empatia e teoria da mente.

É esperado que os indivíduos com maior sintomatologia depressiva apresentem mais défices na teoria da mente, especificamente ao nível do processamento cognitivo das crenças sobre o estado mental do outro. É ainda esperado que os indivíduos mais empáticos tenham uma maior probabilidade de apresentar melhor teoria da mente, mesmo quando deprimidos.

## **4. Metodologia**

### **4.1. Amostra**

O estudo incide sobre adultos, portugueses, especificamente sobre as mulheres. Vários os estudos indicam uma maior prevalência de sintomas depressivos nas mulheres em comparação com os homens (Gameiro et al., 2005; Noble, 2005; O'Connor, 2007).

Para selecionar a amostra foi utilizada uma técnica de amostragem não probabilística, por conveniência. No total, foram selecionadas 74 participantes com nacionalidade portuguesa, com idades compreendidas entre os 17 e os 48 anos, do género feminino.

Foi utilizado como critério de exclusão da amostra a presença de ansiedade social e/ou compromisso cognitivo, com o objetivo de isolar a depressão, para uma amostra homogénea, assim foram eliminadas 14 participantes, resultando um total de 60 participantes.

De notar que, neste estudo, não foi realizado diagnóstico clínico da depressão, nem se utilizou uma amostra clínica. Possivelmente, parte da nossa amostra não está diagnosticada com depressão e terá que ser considerada como sublinicamente depressiva (Hill, Kemp-Wheller & Jones, 1987).

### **4.2. Instrumentos**

Foram selecionados os instrumentos que permitiam recolher informação relativa às variáveis em estudo: teoria da mente, subdividida na dimensão socio-perceptiva e na dimensão socio-cognitiva; empatia; e sintomatologia depressiva. Foram ainda utilizados instrumentos para aplicação do critério de exclusão, referente à presença de ansiedade social.

#### **4.2.1. *Recognition of Faux Pas Test (FP)***

Validação portuguesa desenvolvida por Faísca e colaboradores (2016), é um teste que tem como objetivo avaliar a capacidade do individuo para fazer inferências a cerca dos pensamentos e sentimentos do outro a partir de uma situação social que inclui uma

gafe (Gregory et al., 2002; Stone et al., 1998). Este instrumento é constituído por 20 histórias: dez histórias são de controlo e as outras dez são histórias com gafe. É entregue ao participante as histórias em papel e lê-se em voz alta juntamente com o participante. Após a leitura, o texto impresso permanece em frente do participante de forma a reduzir a demanda de memória e o investigador questiona factos relacionados com a história. As questões que são colocadas vão depender da resposta da primeira pergunta que é a seguinte: “Alguém disse algo que não devia ter dito, ou disse alguma coisa estranha?”. Se o participante responder que “sim” o examinador coloca todas as questões inerentes à história, caso o participante responda que “não” o examinador coloca só as questões de controlo (que são questões acerca da história, mas que nada têm a ver com a gaffe, tendo como propósito perceber o grau de atenção prestada à história por cada participante). No final, é atribuído um ponto a cada resposta correta (“sim” nas histórias com gafe) e um ponto se responder corretamente às questões inerentes às histórias com gafe. Nas histórias de controlo é atribuído dois pontos a cada resposta correta (“não” nas histórias de controlo) e um ponto se responder corretamente às questões de controlo referentes à história. Assim, a pontuação máxima das histórias de controlo é de 41 pontos e a pontuação máxima das histórias com FP é de 80 pontos, incluindo as questões de controlo, assim sendo a pontuação máxima é de 131 pontos (máximo). Para tratamento de resultados foi decidido utilizar só a pontuação das histórias com gafe, atendendo que as histórias de controlo são um fator de distração para que o participante não seja induzido a referir sempre que “sim”. As medidas avaliadas neste teste consistem na deteção do FP, na rejeição correta do FP, na identificação do comportamento inapropriado, das intenções, crenças e empatia.

#### **4.2.2. *Reading the Mind in the Eyes Test [Revised Adult Version] (RMIET – RAV)***

Desenvolvido originalmente por Baron-Cohen et al. (2001) e adaptado para a população portuguesa por Mouga & Tavares (2012), tem como objetivo avaliar a teoria da mente através da leitura de pistas emocionais visuais.

É constituído por 36 imagens a preto e branco da região dos olhos, sendo que 19 dessas imagens são de pessoas do género masculino e 17 do género feminino. O RMIET-RAV encontra-se dividido em duas partes, sendo a primeira constituída pela folha de resposta e a segunda pelas 36 imagens da região dos olhos. É pedido à pessoa que assinale a opção correta somente na folha de resposta. Para cada imagem da região dos olhos, os

participantes têm que escolher, de entre quatro adjetivos, aquele que melhor descreve o estado mental ilustrado na fotografia (e.g. no item 1, a escolha terá que ser efetuada entre os seguintes adjetivos: “Animado”, “Consolando”, “Irritado” e “Aborrecido”). De acordo com Baron-Cohen e colaboradores (2001), apenas um dos adjetivos corresponde ao estado mental, sendo os restantes estímulos distratores.

#### **4.2.3. Escalas do Quociente de Empatia e do Quociente de Sistematização**

Desenvolvidas por Baron-Cohen e colaboradores (2003) e validado para amostras portuguesas por Rodrigues e colaboradores (2011), são duas medidas que presentem medir a capacidade empática do sujeito. A medida de quociente de empatia mede a resposta empática do sujeito e deu origem a três fatores distintos: o primeiro fator, composto por 11 itens, foi denominado de “empatia cognitiva” e diz respeito à capacidade de avaliação de estados afetivos. O segundo fator, composto por 11 itens, é referido como “reatividade emocional” por refletir a tendência para responder adequadamente aos estados mentais de outras pessoas. Por fim, o terceiro fator, constituído por 6 itens, foi designado de “capacidades sociais”, por implicar a capacidade de julgar situações sociais de forma intuitiva e espontânea. O Quociente de Sistematização é composto por 25 itens, medindo unifatorialmente a capacidade de sistematização de informação cognitiva, processo considerado necessário à empatia.

#### **4.2.4. O Inventário de Depressão de Beck ("*Beck Depression Inventory*"; Beck et al., 1961; BDI)**

Foi utilizada a adaptação portuguesa desenvolvida por Campos & Gonçalves (2011) para medir os sintomas de depressão presentes na amostra. A escala original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto depreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido. O somatório das respostas fornecidas implica que uma pontuação menor que 10 se considere que o indivíduo não apresenta depressão ou apresenta depressão mínima; de 10 a 18, apresenta depressão, leve a moderada; de 19 a 29 apresenta depressão, de moderada a grave; e de 30 a 63 denomina-se depressão grave.

#### ***4.2.5. Escala de Ansiedade e de Evitamento em Situações de Desempenho e de Interação Social (EAESDIS)***

Adaptação portuguesa de Pinto Gouveia, Cunha, & Salvador (2003), é formada por 44 itens que avaliam o grau de desconforto e evitamento provocado por diversas situações de desempenho e interação social. É ainda pedido ao respondente que referira outras situações que lhe provoquem desconforto ou ansiedade e que não estejam contempladas nos 44 itens da escala. Esta escala é constituída por duas subescalas: uma subescala de Desconforto e uma subescala de Evitamento, cujas pontuações totais podem variar entre 44 e 176. É ainda pedido à pessoa que, após ter completado o preenchimento da escala, identifique as cinco situações que provocam maior ansiedade. Foram considerados os pontos de corte de 105 pontos para a escala de evitamento e de 115 para a escala de ansiedade social. Todos os participantes com valores acima destes pontos em pelo menos uma das escalas, foram eliminados da amostra.

#### ***4.2.6. Matrizes Progressivas de Raven***

Desenvolvida por Raven (1941), têm como objetivo proporcionar uma avaliação da inteligência, bem como fornecer informações sobre a capacidade dedutiva e reprodutiva do indivíduo. A atividade mental dedutiva envolve gerar significado diante de situações ou configurações confusas; desenvolver novos insights; ir além da informação dada, criar conceitos (principalmente não verbais) que facilitam lidar com problemas complexos que envolvem aspetos mutuamente dependentes, o comportamento mental reprodutivo envolve adquirir, recordar e reproduzir o material (principalmente verbal) que forma um armazenamento cultural de conhecimentos explícitos e verbalizados. Foram utilizadas para garantir que não existiam défices cognitivos na amostra. Dado que todos os elementos desempenharam dentro dos parâmetros da normalidade nas matrizes, os resultados deste teste não serão discutidos ou analisados na secção de resultados.

### 4.3. Procedimentos

A recolha de dados foi iniciada e concluída num único momento, sendo que assinado o consentimento informado, ao ter conhecimento do tema, bem como da duração de todo o procedimento do estudo, foram aplicados os três questionários, caracterizando individualmente, a ansiedade e o evitamento (*Escala de Ansiedade e de Evitamento em Situações de Desempenho e de Interação Social*, adaptação portuguesa de Pinto Gouveia, Cunha, & Salvador, 2003), os níveis de depressão (subclínica), sem depressão ou depressão mínima, depressão leve a moderada, depressão moderada a grave e depressão grave (*Inventário de Depressão de Beck ("Beck Depression Inventory"; Beck et al., 1961; BDI)*), a capacidade de avaliação de estados afetivos (*Escalas do Quociente de Empatia e do Quociente de Sistematização*, desenvolvidas por Baron-Cohen e colaboradores, 2003), seguindo-se à aplicação dos questionários anteriormente referidos, foram aplicados os seguintes testes *Reading the Mind in the Eyes Test*, que se iniciou com uma breve explicação para a sua realização, com o auxílio do glossário complementar, *Matrizes Progressivas de Raven*, sendo que apenas a série E foi aplicada, com o objetivo de realizar uma avaliação cognitiva e por fim, foi aplicado o *Recognition of Faux Pas test Test*, com o objetivo de avaliar a capacidade do participante para fazer inferências sobre os pensamentos e sentimentos do outro.

Os critérios de exclusão foram aplicados posteriormente, tendo sido descartados todos os participantes que apresentavam ansiedade social.

Posto isto, foi construída uma base de dados, no SPSS, em que foi feita uma análise estatística descritiva para caracterização dos dados obtidos. Como estatística inferencial, para testar os objetivos específicos, foram utilizadas regressões lineares hierárquicas e correlações. Todos os resultados foram considerados estatisticamente significativos para um nível de confiança de 95%.

## **5. Resultados**

Os resultados apresentam inicialmente a caracterização da amostra e dos instrumentos utilizados, e em seguida a estatística inferencial que nos permite testar as hipóteses deste estudo.

### **5.1. Caracterização da amostra**

A amostra deste estudo é constituída exclusivamente por 74 mulheres, com idades compreendidas entre os 17 e os 48 anos ( $M=22.78$ ,  $DP= \pm 5.099$ ), com uma média de escolaridade de 13.95 anos ( $DP= \pm 1.978$ ). Todos os elementos são de nacionalidade portuguesa.

De acordo com o critério de exclusão, sendo que o ponto de corte da Escala de Ansiedade se situa nos 115 pontos e da Escala de Evitamento nos 105 pontos, foram excluídas 14 participantes, ficando assim com um total de 60 participantes.

Relativamente aos resultados da Serie E das Matrizes Progressivas de Raven, todos os participantes acertaram pelo menos 50% das sequências, pelo que nenhum foi excluído.

### **5.2. Caracterização dos instrumentos**

As variáveis deste estudo foram operacionalizadas a partir de instrumentos de auto-resposta, com medidas tipo *Likert*. Como tal, foi observada a validade facial de cada instrumento com recurso ao *alpha de Cronbach*, cujo valor de referência deverá ser pelo menos .60, para que se considere preservada a fiabilidade interna do mesmo. Em seguida apresentam-se os resultados da fiabilidade interna dos instrumentos utilizados neste estudo.

**Tabela 5.1.** Fiabilidade interna.

	<b>N</b>	<b><math>\alpha</math></b>	<b>N de itens</b>
Inventário de Depressão de Beck	60	.868	21
Escala de Ansiedade	60	.895	44
Escala de Evitamento	60	.870	44
Escala do Quociente de Empatia	60	.822	22
Escala do Quociente de Sistematização	60	.705	25

Todos os instrumentos apresentam fiabilidade interna, permitindo-nos realizar as operações de estatística inferencial com recurso às variáveis compósitas.

Os instrumentos *Reading Mind in the Eyes Test* e *Recognition of Faux Pas Test* não foram submetidos a uma análise de fiabilidade interna por não se tratarem de um instrumento de resposta tipo *Likert*.

No que respeita à caracterização dos instrumentos, o resumo das medidas de tendência central é apresentado na tabela seguinte.

**Tabela 5.2.** Estatística descritiva dos instrumentos utilizados.

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
Escala de Ansiedade	48	114	84.83	14.561
Escala de Evitamento	44	104	78.73	14.384
Inventário de Depressão de Beck	0	31	9.75	7.104
Reading Mind In the Eyes Test	17	34	24.88	4.026
Recognition of Faux Pas:				
Deteção	0	10	7.366	2.437
Rejeição	14	38	18.59	3.619
Intenções	0	10	7.27	2.460
Crenças	0	20	14.56	5.158
Empatia	0	10	6.80	2.648
Comportamento inapropriado	0	10	7.29	2.482
Controlo	34	42	39.63	1.8133
Escala de Empatia	8	40	23.20	6.451
Escala de Sistematização	6	77	17.40	6.109

A Escala de Ansiedade e de Evitamento em Situações de Desempenho e de Interação Social, onde é avaliado o grau de desconforto e evitamento provocado por diversas situações de desempenho e interação social, origina duas medidas compósitas referentes à ansiedade social e ao evitamento de situações sociais. A amostra deste estudo apresenta uma média de 84.82 para a dimensão de ansiedade, valor abaixo do constatado para a população normal pelos autores Pinto Gouveia, Cunha e Salvador (2003), que observaram uma média de 91.36 pontos ( $t_{(59)}=-3.475, p<.001$ ) para esta subdimensão.

Observa-se a mesma tendência para a dimensão de evitamento, em que esta amostra apresenta uma média de 78.73, semelhante a obtida pelos autores anteriores, que registaram o valor de 84.23 pontos ( $t_{(59)}=-2.962, p<.004$ ) para a população normal, assim podemos considerar que as médias de resposta da amostra são significativamente inferiores ao estudo de validação do instrumento, concluindo que não é uma amostra ansiosa (considerando-se, portanto, que não existe ansiedade social no grupo).

Em relação ao Inventário de Depressão de Beck (BDI), para descrever o nível de sintomas depressivos, a média total das participantes apresenta um valor de 9.75 que, sendo que o ponto de corte 13, pode-se constatar que a média não apresenta sintomas depressivos; ao compararmos com a média de sintomas da população normal ( $M=9.72, DP=7.82, t_{(59)}=-0.033, p<.974$ ) podemos afirmar que os valores são bastante próximos. Ao subdividir as categorias do *BDI*, os *scores* de 0 a 13 representam sintomatologia depressiva “mínima”, de 14 a 19 “ligeira”, de 20 a 28 “moderada e mais de 29 representa sintomatologia depressiva “grave” ou severa”, na tabela seguinte observa-se a divisão das categorias de acordo com as participantes.

**Tabela 5.3.** Categorias do *BDI* .

	<b>Percentagem válida (%)</b>
Mínima	60.0
Ligeira	26.7
Moderada	11.7
Grave ou Severa	1.7
Total	100

No *Reading the Mind in the Eyes Test*, que permite detetar emoções complexas a partir de informação visual, o número total de acertos é, no máximo, de 36, sendo que nenhuma das participantes obteve a pontuação total. Pelo menos uma das participantes acertou um total de 34, tendo a média de acertos situado aproximadamente nos 25 acertos ( $M=24.88$ ), que em comparação com a média da população normal está ligeiramente a baixo ( $M=26.73$ ,  $DP=3.76$ ,  $t_{(59)}=-3.553$ ,  $p<.001$ ).

No *Recognition of Faux Pas Test*, em que o objetivo é avaliar a capacidade do individuo para fazer inferências a cerca dos pensamentos e sentimentos do outro, composto por 20 histórias, sendo que a pontuação máxima das histórias de controlo é de 41 pontos e a pontuação máxima das histórias com gafe é de 80 pontos (incluindo questões de controlo, assim sendo a pontuação máxima é de 131 pontos). A média na dimensão de deteção ou acerto em histórias com gafe das participantes é de 7.36, que está acima da média para a população normal ( $M=6.74$ ,  $DP=2.79$ ,  $t_{(40)}=1.645$ ,  $p<.108$ ), na dimensão de rejeição das histórias com gafe a média das participantes é de 18.58, encontrando-se também acima da média quando comparada com a população normal ( $M=18.51$ ,  $DP=2.35$ ,  $t_{(40)}=-.133$ ,  $p<.895$ ).

As *Escalas do Quociente de Empatia e do Quociente de Sistematização* foram calculadas a partir do somatório dos scores obtidos em cada item de cada sub-dimensão. Foi, depois, apurada a média da amostra para cada quociente. Para a dimensão da empatia obteve-se o score 23.20 pontos (em 44 pontos possíveis). Comparativamente com o estudo original, este valor é significativamente mais baixo que o apurado para as mulheres ( $M=26.0$ ,  $DP= 8.27$ ,  $t_{(59)}=-3.362$ ,  $p<.001$ ). Na dimensão da sistematização observa-se uma média de 18.44 pontos (em 50 possíveis), que ao contrário da dimensão da empatia, encontra-se ligeiramente acima da média do estudo original ( $M=15.4$ ,  $DP= 8.77$ ,  $t_{(58)}=3.823$ ,  $p<.000$ ).

Wakabayashi e colaboradores (2006) construíram ainda uma segunda medida de análise, resultante de uma padronização dos *scores* brutos em *T scores*. Após a transformação, calcularam uma medida que envolve ambas as dimensões da empatia e que origina perfis que vão desde a sistematização extrema até à empatia extrema. Este diferencial, denominado D pelos autores, foi calculado pela diferença entre o *T score* do Quociente de Sistematização e o *T score* do Quociente de Empatia. Os autores, com base nesta diferença, apuraram 5 tipos de perfis: “Equilibrado” quando  $-10<D<-20$ , “Sistematização”, quando  $10<D<20$ , “Sistematização Extrema”, quando  $D<20$ ,

“Empático”, quando  $-10 < D < -20$  e “Empático Extremo”, quando  $D < -20$ . Posto isto, de acordo com a nossa amostra, no perfil “Equilibrado” encontram-se 6 sujeitos, no perfil “Sistematização” são 2, no perfil “Sistematização Extrema” encontram-se 16, no perfil “Empático” estão 5 e no perfil “Empático Extremo” encontram-se também 16 sujeitos.

Para testar as hipóteses em estudo, conduziu-se uma análise hierárquica linear, tendo como preditores do desempenho nas medidas da dimensão socio-cognitiva e socio-percetiva da ToM, os sintomas de depressão e os quocientes de empatia e de sistematização. Num primeiro bloco consideram-se as medidas da empatia e sistematização e num segundo bloco a medida de sintomatologia depressiva. Em linha é apresentado o modelo explicativo da dimensão da ToM, e a capacidade explicativa de cada preditor. Os resultados estão sumariados na tabela 5.4, na página seguinte.

**Tabela 5.4.** Modelos de regressão linear entre ToM, Empatia e Depressão.

		<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>β</b>	<b>p</b>
RMIET Geral	Bl.1	3,8%	1.119	0.334	QE=-0.027	0.848
					QS=0.203	0.147
	Bl.2	4,1%	0.786	0.507	-0.052	0.697
RMIET Emoções Positivas	Bl.1	1,1%	0.321	0.727	QE=-0.107	0.446
					QS=0.064	0.648
	Bl.2	1,2%	0.224	0.879	0.027	0.841
RMIET Emoções Negativas	Bl.1	9,6%	2.987	0.059	QE=0.239	0.079
					QS=0.137	0.310
	Bl.2	11,3%	2.327	0.085	0.027	0.320
RMIET Neutra	Bl.1	5,3%	1.576	0.216	QE=-0.129	0.349
					QS=0.236	0.090
	Bl.2	5,4%	1.049	0.378	-0.029	0.829
Deteção do FP	Bl.1	11,5%	2.397	0.105	QE=0.015	0.158
					QS=0.331	0.268
	Bl.2	12,4%	1.699	0.185	0.097	0.135
Rejeição Correta do FP	Bl.1	10,9%	2.274	0.117	QE=0.042	0.255
					QS=0.308	0.390
	Bl.2	12,9%	1.783	0.168	-0.142	0.086
Comportamento Inapropriado	Bl.1	11,3%	2.361	0.108	QE=0.008	0.158
					QS=0.332	0.273
	Bl.2	11,9%	1.628	0.200	0.080	0.133
Intenções	Bl.1	9,6%	1.969	0.154	QE=-0.007	0.968
					QS=0.314	0.092
	Bl.2	10,7%	1.441	0.247	0.106	0.508
Crenças	Bl.1	10,5%	2.164	0.129	QE=-0.004	0.981
					QS=0.326	0.079
	Bl.2	11,5%	1.558	0.216	0.109	0.523
Empatia	Bl.1	14,1%	3.037	0.060	QE=-0.070	0.692
					QS=0.406	0.027
	Bl.2	15%	2.116	0.115	0.095	0.543

Bl.1 – Variável Independente: Empatia; Medidas: QE – Quociente de Empatia      QS – Quociente de Sistematização.

Bl.2 – Variável Independente: Sintomatologia Depressiva; Medida: Inventário de Depressão de Beck.

Como observado na tabela acima apresentada os modelos não são estatisticamente significativos. Os resultados observados nas medidas da Teoria da Mente, a saber o teste do *Faux-Pas* e o *Read the mind in the eyes test*, não variam de acordo com a presença de maior ou menos sintomatologia depressiva, nem de acordo com o quociente de empatia ou sistematização apresentado pelas participantes.

Ainda assim, é possível observar alguma tendência nas relações entre algumas das variáveis. Ao relacionarmos a empatia com o RMIET, parece haver a percepção de que quanto mais empático o sujeito é, mais percebe as emoções negativas de forma correta ( $\beta=0.239$ ), também conseguimos perceber que quanto mais sistematizado, melhor é a detecção de emoções neutras ( $\beta=0.236$ ). No mesmo sentido, em que não se observam valores significativos, percebemos uma tendência entre as variáveis do F.P. com o Quociente de Sistematização e o Quociente de Empatia, em que todos os valores das variáveis F.P. são mais significativos no Quociente de Sistematização(QS) do que no Quociente de Empatia (QE), segue-se então os resultados: a detecção do FP tem uma melhor relação com o QS ( $\beta=0.331$ ) do que com o QE ( $\beta=0.015$ ), assim como a rejeição do FP com o QS ( $\beta=0.308$ ) é melhor do que o QE ( $\beta=0.042$ ), o comportamento inapropriado com o QS ( $\beta=0.332$ ), é também melhor do que com o QE ( $\beta=0.008$ ), assim como as intenções com o QS ( $\beta=0.314$ ), é melhor do que com o QE ( $\beta=-0.007$ ), ainda as crenças com o QS ( $\beta=0.326$ ), melhor do que com o QE ( $\beta=-0.004$ ) e por fim, com a mesma tendência, a empatia com o QS ( $\beta=0.406$ ) tem resultados significativos e tem também melhor relação do com o QE ( $\beta=-0.070$ ).

Por fim, também a relação entre a depressão e a empatia não mostrou valores significativos. Ao fazermos uma correlação entre o BDI e o QE, percebemos que o  $r=0.073$  e ao relacionarmos o BDI com o QS, observamos que o  $r=0.110$ .

## 6. Discussão

Dada a incoerência dos resultados dos estudos que procuram relacionar a ToM e a presença de sintomas depressivos, este estudo procurou aumentar a compreensão dos défices apresentados em indivíduos com esta patologia mental. Uma das preocupações é a concomitância entre a ansiedade social e a depressão, condições que parecem ter impacto nos défices observados na ToM. (Hezel & McNally, 2014; Washburn et al., 2016). Assim, optámos por isolar a sintomatologia depressiva da ansiedade social, procurando observar apenas esta relação. Um dos critérios de exclusão era a presença de ansiedade social, medida através da EAESDIS. Foram excluídas todas as participantes cujos valores nas escalas fossem superiores ao ponto de corte apurado pelos autores Pinto Gouveia, Cunha e Salvador (2003). A restante amostra pontuou significativamente menos que a população medida pelos autores, o que nos leva a crer que possíveis resultados encontrados não se deveriam à presença de ansiedade social.

Relativamente à presença de sintomatologia depressiva as participantes incluídas no estudo apresentam valores muito próximos dos registados no estudo de validação da medida para a população portuguesa. Ainda assim, observamos a presença de indivíduos com sintomatologia ligeira, moderada e severa, sendo expectável variação nos resultados das medidas recolhidas.

É ainda de referir que todas as participantes tiveram um desempenho adequado nas Matrizes Progressivas de Raven, não se podendo atribuir possíveis défices ao nível da ToM a problemas do foro cognitivo.

De acordo com as opções teóricas realizadas, partimos do pressuposto que a depressão iria influenciar os défices na ToM, sendo esperado que quanto maior fosse a sintomatologia depressiva, maiores seriam os défices apresentados (Wang, Wangm Chen, Zhu & Wang, 2008). Para Wolkenstein, Schonenberg, Schirm e Hautzinger (2011) os pacientes saudáveis, comparando com os pacientes com sintomas depressivos, mostram uma taxa de maior precisão em descodificar estados mentais neutros e positivos, do que estados negativos, assim os pacientes com sintomatologia depressiva têm maior precisão em descodificar os estados mentais negativos, é possível que a deterioração da teoria da mente esteja associada à gravidade da depressão, ainda que não seja claro se quanto mais severamente deprimida a pessoa está, menos precisa a descodificação da habilidade é. Os resultados deste estudo não permitem confirmar esta hipótese. As participantes não

parecem apresentar mais dificuldades na descodificação de estados emocionais positivos, nem parecem enviesar as emoções neutras. Relativamente à medida do *Recognition of Faux Pas*, a prestação das participantes não varia de acordo com a sintomatologia depressiva. Uma das possíveis justificações para este facto prende-se com a utilização de uma amostra subclínica. Apesar das participantes não terem sido diagnosticadas com depressão major, de acordo com Schreiter, Pijnenborg e Rot (2013) a depressão subclínica parece estar negativamente relacionada com aspetos do funcionamento social de forma muito semelhante com a depressão major, sendo importante estudar não apenas amostras clínicas, mas também amostras análogas com os variados graus de sintomas depressivos. Não obstante ser este o caso da nossa amostra, parece-nos que a distribuição da sintomatologia depressiva é demasiado próxima da população considerada normal, pelo que a variabilidade dos sintomas possa não ter sido suficiente para mostrar défices na ToM. Podemos ainda considerar que a relação teórica entre as variáveis se processe de forma inversa à considerada neste estudo. Os défices na ToM poderão ser um antecedente da depressão, dado que sendo um processo biológico poderá ser a dificuldade em processar os estados mentais dos outros a originar os esquemas cognitivos disfuncionais associados à depressão (Kupferberg, Bicks & Hasler, 2016; O'Connor et al., 2007). Desta forma, a utilização de análogos poderá não ser o suficiente para compreender os défices na ToM.

Foi ainda considerado a relação que a empatia poderia ter com a depressão e com a ToM. Do ponto de vista teórico, tem sido complexo destrinçar o conceito de empatia do conceito de teoria da mente, já que o primeiro parece ser necessário para o segundo. No entanto, Kim e Lee (2018) clarificam que poderemos necessitar da empatia cognitiva para uma melhor compreensão dos estados mentais do outro, sem necessitar de fazer uso da componente da empatia emocional. Seria então esperado que défices na capacidade empática conduzissem a défices na ToM. Mais uma vez, o nosso estudo não pode confirmar esta hipótese. O quociente de sistematização foi a única variável a mostrar um efeito significativo na compreensão da empatia presente nos cenários do *Recognition of Faux Pas*. Neste caso particular, o resultado sugere que são os indivíduos com maior capacidade em sistematizar racionalmente os estados mentais que conseguem entender a empatia demonstrada no outro. É ainda de referir, que apesar do modelo explicativo não ser significativo foi o quociente de sistematização que mostrou uma relação linear entre fraca a média com a performance no *Recognition of Faux Pas*, sugerindo que os

indivíduos com maior sistematização emocional são melhores a detetar gafes sociais, bem como a identificar comportamentos inapropriados, as intenções de segunda ordem e crenças relativas ao comportamento dos outros. Estes resultados ainda que não sejam significativos parecem apoiar a relação teórica entre a empatia cognitiva e a teoria da mente.

Seria ainda de esperar, com base nos estudos que estabelecem que a depressão poderá ter origem numa preocupação excessiva com os outros (O'Connor et al., 2002; O'Connor et al. 2007), a existência de uma correlação negativa entre o quociente de empatia e a sintomatologia depressiva. Os nossos resultados não vão ao encontro desta formulação teórica, não se estabelecendo qualquer relação entre as medidas utilizadas.

Para justificar os nossos resultados, poderíamos afirmar que a amostra tem bons resultados na capacidade da teoria da mente, sendo que as médias estão dentro do que é esperado para a população normal. Neste sentido, afirmamos que a sensibilidade dos testes escolhidos para o estudo, mais precisamente o *Recognition of Faux Pas*, pode não adequada para amostras não clínicas (Fáisca et al., 2016).

As medidas utilizadas para a medição da empatia parecem ser inferiores às do estudo de validação de Rodrigues et al. (2011) para a dimensão do quociente de empatia, mas superiores para a dimensão de sistematização. Enquanto o primeiro resultado poderia sugerir que existia um défice no processamento empático, este não se revelou relevante para as hipóteses em estudo. Já a sistematização mais elevada poderá sugerir uma preferência pela racionalização, idealização contrária aos estudos que supõem existir uma preocupação empática exacerbada em indivíduos com sintomatologia depressiva (eg. O'Connor et al., 2007). Pressupondo que esta medida possa não ser a mais adequada, já que não fornece dimensões concretas relativas à preocupação empática, sugere-se que em estudos futuros, ao invés da utilização das Escalas do Quociente de Empatia e do Quociente de Sistematização, para uma maior precisão no estudo da empatia, se utilize o *Interpersonal Reactivity Index* (IRI), desenvolvida por Davis (1980), que abrange componentes emocionais e cognitivas, sendo uma medida multidimensional - preocupação empática, tomada de perspetiva, fantasia e angústia pessoal (Alterman et al., 2003).

No campo dos limites encontrados neste estudo, é de referir o tamanho da amostra e o método de amostragem escolhido. A forma como as participantes foram recolhidas

para o estudo, através da acessibilidade ao investigador, criou dificuldades em selecionar participantes com sintomatologia subclínica ou clinicamente depressivas. Idealmente, deveriam existir grupos equitativos de mulheres sem depressão, e com depressão, apresentando também idêntica distribuição pelos grupos de sintomatologia – do ligeiro ao grave. A falta de mulheres que representassem esses grupos poderá estar na origem da falta de resultados significativos.

Além disso, o protocolo de medidas era longo e a sua aplicação, conduzida num momento único de aplicação, causou cansaço nas participantes que, de amiúde, mostraram desinteresse nas respostas aos testes. De futuro, seria relevante dividir os momentos de recolha, de forma a garantir atenção e foco ao longo de todas as provas.

Posto isto, é de salientar que a teoria da mente é uma habilidade socialmente construída, que depende da maturidade biológica do indivíduo, sendo esperado que os adultos apresentem proficiência na compreensão dos seus estados mentais e dos outros (Converse, Lin, Keysar, & Epley, 2008). Para Baron-Cohen (2000) dificuldades ao nível da teoria da mente é representativo de outro tipo de compromisso na saúde mental e neste estudo, este ponto de partida não estava verificado. As participantes, apesar de alguma sintomatologia depressiva, não mostravam ser piores na sua performance na ToM. Se a deteção das dificuldades inerentes à utilização da teoria da mente acaba por permitir uma melhor compreensão de determinadas alterações cognitivas e comportamentais como defendem alguns autores (eg. Correia, 2016), seria importante garantir que temos medidas capazes de discriminar essas dificuldades em população não clínicas.

Os estudos continuam a mostrar uma relação entre depressão e a teoria da mente e Fernandes, de Oliveira Falcone e Sardinha (2012) salientam que os défices nas habilidades sociais são fatores de vulnerabilidade para a depressão, como a depressão pode desencadear o défice nas habilidades sociais. Lee, Harkness, Sabbagh e Jacobson (2005) sugerem que os sintomas afetivos da depressão, estão associados a um comprometimento significativo na capacidade de descodificar estados mentais do outro, processo que suporta as interações sociais diárias e essencial à capacidade para vivermos em meio social. Uma rutura na capacidade de captar as sugestões subtis e não-verbais do outro pode ser um fator crítico na compreensão das dificuldades sociais experimentadas por indivíduos deprimidos. Esta habilidade comprometida pode levar a pessoa deprimida a responder de forma inadequada, provocando reações negativas no outro e possível rejeição. A proposta poderá ser que os indivíduos deprimidos tendem a ter dificuldade em

abandonar uma visão mais egocêntrica para se focarem nos estados emocionais dos outros (Cusi, MacQueen, Spreng, & McKinnon, 2011), algo que não foi explorado neste estudo.

Desta forma, parece continuar a ser relevante estudar esta relação de forma a tentar compreender se efetivamente são os défices ao nível da cognição social que conduzem ao aparecimento da sintomatologia depressiva, ou se é essa sintomatologia que vai prejudicar a forma como percebemos e reagimos aos estados emocionais do outro.

## 7. Referências Bibliográficas

- Alterman, A. I., McDermott, P. A., Cacciola, J. S., & Rutherford, M. J. (2003). Latent structure of the Davis Interpersonal Reactivity Index in methadone maintenance patients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 25(4), 257-265.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Baron-Cohen, S. (2000). Theory of mind and autism: A review. In *International review of research in mental retardation* (Vol. 23, pp. 169-184). Academic Press.
- Baron-Cohen, S., Richler, J., Bisarya, D., Gurunathan, N., & Wheelwright, S. (2003). The Systemizing Quotient (SQ): An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism and normal sex differences. *Philosophical Transactions of the Royal Society, Series B, Special issue on "Autism: Mind and Brain,"* 358, 361-374.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" Test Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 241-251.
- Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C., & Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(7), 813-822.
- Bartsch, K., & Wellman, H. (1995). *Children Talk about the mind*. New York: Oxford University Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *Journal of personality assessment*, 67(3), 588-597.
- Bora, E., & Berk, M. (2016). Theory of mind in major depressive disorder: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 191, 49-55.
- Bosa, C. A., & Callias, M. (2000). Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. *Psicologia: reflexão e crítica*. Porto Alegre. Vol. 13, n. 1 (2000), p. 167-177.
- Brüne, M. (2003). Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 60, 57-64.
- Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2011). The Portuguese version of Beck Depression Inventory-II (BDI-II): Preliminary psychometric data with two non clinical samples. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(4), 258-264.
- Carmel, S., & Glick, S. M. (1996). Compassionate-empathic physicians: personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern. *Social science & medicine*, 43(8), 1253-1261.
- Carlson, S. F., Koenig, M. A. & Harms, M. (2013). Theory of mind. *Wiley interdisciplinary reviews, Cognitive science*. 4, 391-402.
- Channon, S., & Crawford, S. (2000). The effects of anterior lesions on performance on a story comprehension test: Left anterior impairment on a theory of mind-type task. *Neuropsychologia*, 38(7), 1006-1017.
- Coelho, C. M. M. (2016). Teoria da mente e cognição social na depressão major. Trabalho final de mestrado integrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Converse, B. A., Lin, S., Keysar, B., & Epley, N. (2008). In the mood to get over yourself: mood affects theory-of-mind use. *Emotion*, 8(5), 725.

- Costa, A. R. (2011). Sintomatologia depressiva em crianças numa unidade de saúde do norte. Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Filosofia de Braga
- Correia, P. I. P. (2016). A teoria da mente em indivíduos socialmente ansiosos e não ansiosos – avaliação da dimensão sócio perceptiva. Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
- Cusi, A. M., MacQueen, G. M., Spreng, R. N., & McKinnon, M. C. (2011). Altered empathic responding in major depressive disorder: relation to symptom severity, illness burden, and psychosocial outcome. *Psychiatry research*, 188(2), 231-236.
- Cusi A.M., Nazarov A., Holshausen K., MacQueen G.M., McKinnon M.C. (2012). Systematic review of the neural basis of social cognition in patients with mood disorders. *J Psychiatry Neurosci*. 37(3):154-69.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology*, 44(1), 113.
- Direção Geral da Saúde (2015). Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes. *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa
- Faísca, L., Afonseca, S., Brüne M., Gonçalves, G., Gomes, A. & Martins, A. T. (2016). Portuguese Adaptation of a Faux Pas Test and a Theory of Mind Picture Stories Task. *Psychopathology*. Frith, C. & Frith, U. Theory of mind. *Current Biology*. 15, 17.
- Frith, C., & Frith, U. (2000). The physiological basis of theory of mind: functional neuroimaging studies. *Understanding other minds: Perspectives from developmental cognitive neuroscience*, 2.
- Fernandes, C. S., de Oliveira Falcone, E. M., & Sardinha, A. (2012). Deficiências em habilidades sociais na depressão: estudo comparativo. *Revista Psicologia-Teoria e Prática*, 14(1), 183.
- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M. C., Simões, M., Rijo, D., ... & Serra, A. V. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 103-112.
- Gaspar, A. (2014). Neurobiologia e psicologia da empatia. *Pontos de partida para a investigação*.
- Giaxa, R. R. B. (2015). Tipos psicológicos e empatia: contribuições da psicologia para a formação do (ser) médico.
- Goldman, A. I. (2012). Theory of Mind. *Oxford Handbook of Philosophy and Cognitive Science*.
- Happé, F. G., Winner, E., & Brownell, H. (1998). The getting of wisdom: theory of mind in old age. *Developmental psychology*, 34(2), 358.
- Heavey, L., Phillips, W., Baron-Cohen, S., & Rutter, M. (2000). The Awkward Moments Test: A naturalistic measure of social understanding in autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 30(3), 225-236.
- Hezel, D. M., & McNally, R. J. (2014). Theory of mind impairments in social anxiety disorder. *Behavior therapy*, 45(4), 530-540.
- Hill, A. B., Kemp-Wheeler, S. M., & Jones, S. A. (1987). Subclinical and clinical depression: Are analogue studies justifiable?. *Personality and Individual Differences*, 8(1), 113-120.
- Kim, K. C., & Lee, I. S. (2018). The relations between theory of mind and empathy. *Advanced science and technology letters*, 150, 302-305.

- Kinderman, P., Dunbar, R., & Bentall, R. P. (1998). Theory-of-mind deficits and causal attributions. *British Journal of Psychology*, 89(2), 191-204.
- Koelkebeck, K., Liedtke, C., Kohl, W., Alferink & Kret, M., E. (2017). Attachment style moderates theory of mind abilities in depression. *Journal of Affective Disorders*, 213, 156-160.
- Kupferberg, A., Bicks, L., & Hasler, G. (2016). Social functioning in major depressive disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 69, 313-332.
- Ladegaard, N., Videbech, P., Lysaker, P. H., & Larsen, E. R. (2016). The course of social cognitive and metacognitive ability in depression: Deficit are only partially normalized after full remission of first episode major depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 55(3), 269-286.
- Lange, T., M. & Couch, L., L. (2011). An assessment of links between components of empathy and interpersonal problems. *The New School Psychology Bulletin*, 8 (2)
- Langton, S. R., Watt, R. J., & Bruce, V. (2000). Do the eyes have it? Cues to the direction of social attention. *Trends in cognitive sciences*, 4(2), 50-59.
- Lee, L., Harkness, K. L., Sabbagh, M. A. & Jacobson, J. A. (2005). Mental state decoding abilities in clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 86, 247-258.
- Leo, L. S., Camino, C., & Roazzi, A. (2009). Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. *Psicologia: ciência e profissão*, 29(2), 212-227.
- Lourenço, O. (1992). Teorias da Mente na Criança e o Desenvolvimento de Crenças Falsas: Falsas, de Quem?. *Análise Psicológica*, 4, 431-442.
- Ministério da Saúde (2018), Retrato da Saúde, Portugal.
- Mouga, S. & Tavares, P. Tradução portuguesa (Portugal) do reading the mind with the eyes test – versão adulto revista. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.
- Noble, R. E. (2005). Depression in women. *Metabolism*, 54(5), 49-52.
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Lewis, T., Mulherin, K., & Crisostomo, P. S. (2007). Empathy and depression: the moral system on overdrive. *Empathy in mental illness*, 49-75.
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., & Gilbert, P. (2002). Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *Journal of affective disorders*, 71(1-3), 19-27.
- Oliveira Falcone, E. M., Ferreira, M. C., da Luz, R. C. M., Fernandes, C. S., de Assis Faria, C., D'Augustin, J. F., Sardinha, A. & de Pinho, V. D. (2008). Inventário de Empatia (IE): Desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 7(3), 321-334.
- Pinheiro, F. D. J. L. (2015). Estudo da Teoria da Mente (ToM) de acordo com os traços de personalidade e sintomatologia clínica (Doctoral dissertation).
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Salvador, M. C. (2003). Assessment of Social Phobia by Self-Report Questionnaires: The Social Interaction and Performance Anxiety and Avoidance Scale & the Social Phobia Safety Behaviours Scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31(3), 291-311.
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R. & Sudak, D. (2008). Cognitive-behavioral therapy for depression. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 30 (2), 73-80.
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and brain sciences*, 1(4), 515-526.
- Quartilho, M. (2003). Terapia Cognitivo-comportamental na Depressão. A. Vaz-Serra, *Medicina–Temas Actuais: Depressão. Atral-Cipan*.
- Ramos, M. O. (2012). Avaliando o desenvolvimento da Teoria da Mente e da Empatia em crianças e a possível relação destes processos. Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

- Raven, J. (1941). Standardization of progressive matrices, 1938. *British Journal of Medical Psychology*, 19, 137-150.
- Raven, J., Raven, J. C., & Court, J. H. (2000). Manual for Raven's progressive matrices and vocabulary scales. Section 3: *The standard progressive matrices*. Oxford, UK: Oxford Psychologists Press; San Antonio, TX: The Psychological Corporation
- Rocha, J., Fernandes, C., & Rocha, N. (2010). " Capacidade de pensar no que os outros pensam" teoria da mente na esquizofrenia.
- Rodrigues, J., Lopes, A., Giger, J. C., Gomes, A., Santos, J. & Gonçalves, G. (2011). Escalas de medição do quociente de empatia/ sistematização: um ensaio de validação para a população portuguesa. *Psicologia*, 24 (1), 73-89.
- Santos, C. M. T. M. (2014). O treino do reconhecimento das emoções no desenvolvimento das capacidades da Teoria da Mente: um estudo com crianças com Perturbação do Espectro Autista. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade Lusófona do Porto, Porto.
- Schreiter, S., Pijnenborg, G. H. M., & Aan Het Rot, M. (2013). Empathy in adults with clinical or subclinical depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 150(1), 1-16.
- Shamay-Tsoory, S. G. (2011). The neural bases for empathy. *The Neuroscientist*, 17(1), 18-24.
- Singer, T. (2006). The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: review of literature and implications for future research. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(6), 855-863.
- Sousa, M. (2012). Teoria da Mente, Inteligência Emocional e Psicopatologia. *Revista Electrónica de Psicologia, Educação e Saúde*, 1, 55-76.
- Tager-Flusberg, H., & Sullivan, K. (2000). A componential view of theory of mind: evidence from Williams syndrome. *Cognition*, 76(1), 59-90.
- Tully, E. C., Ames, A. M., Garcia, S. E., & Donohue, M. R. (2016). Quadratic associations between empathy and depression as moderated by emotion dysregulation. *The Journal of psychology*, 150(1), 15-35.
- Wakabayashi, A., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Goldenfeld, N., Delaney, J., Fine, D., Smith, R., & Weil, L. (2006). Development of short forms of the empathy quotient (EQ-Short) and the systemizing quotient (SQ-Short). *Personality and Individual Differences*, 41, 929-940.
- Wang, Y. G., Wang, Y. Q., Chen, S. L., Zhu, C. Y., & Wang, K. (2008). Theory of mind disability in major depression with or without psychotic symptoms: a componential view. *Psychiatry research*, 161(2), 153-161.
- Washburn, D., Wilson, G., Roes, M., Rnic, K., & Harkness, K. L. (2016). Theory of mind in social anxiety disorder, depression, and comorbid conditions. *Journal of anxiety disorders*, 37, 71-77.
- Wolkenstein, L., Schonenberg, M., Schirm, E. & Hautzinger M. (2011). I can see what you feel, but I can't deal with it: Impaired theory of mind in depression. *Journal of Affective Disorders*, 132, 104-111.
- Zwick, J. C., & Wolkenstein, L. (2017). Facial emotion recognition, theory of mind and the role of facial mimicry in depression. *Journal of affective disorders*, 210, 90-99.

## **Anexos**

**Anexo 1**  
**Consentimento Informado**

A presente investigação insere-se no âmbito da disciplina de Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Algarve. O tema desta é sobre “A teoria da Mente e a Depressão”. A participação neste estudo é totalmente anónima e confidencial e os seus dados serão meramente utilizados para fins científicos. Enquanto participante desta investigação, poderá abandoná-la quando desejar, sem que lhe seja exigida qualquer explicação.

Declaro que li, percebi e concordo com o Consentimento Informado em cima exposto.

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

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

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

## Anexo 2

### *Recognition of Faux Pas Test*

Se responder **SIM** à 1ª pergunta “Alguém disse algo que não devia ter dito, ou disse alguma coisa estranha?” **responda a todas.**

Se Responder **NÃO** à primeira questão responda só às **questões de controlo.**

#### **Faux Pas Recognition Test**

(versão Adulta)

1. A Ana estava numa festa em casa do seu amigo Bruno. Ela estava a conversar com o Bruno quando uma outra mulher se aproximou deles. Era uma das vizinhas de Bruno. A mulher disse: “Olá!”. Depois virou-se para a Ana e disse: “Eu acho que não nos conhecemos. O meu nome é Maria, qual é o teu?”. “Eu sou a Ana”. Alguém quer beber alguma coisa?” - Perguntou Bruno.

Alguém disse algo que não devia ter dito, ou disse alguma coisa estranha?

Se sim, pergunte:

Quem disse algo que não devia ter dito, ou disse algo estranho?

Porque é que ele/ela não devia ter dito isso ou porque é que foi estranho?

Porque é que acha que ele/ela disse isso?

O Bruno sabia que a Ana e a Maria não se conheciam?

Como pensa que a Ana se sentiu?

**Questões controle:** Na história onde estava a Ana?

A Ana e a Maria conheciam-se?

2. O marido da Helena estava a preparar uma festa surpresa para o seu aniversário. Ele convidou Sara, uma amiga da Helena e disse: “ Não digas a ninguém, especialmente à Helena”. No dia anterior à festa, a Helena estava na casa da Sara e a Sara entornou café no vestido novo que estava pendurado na cadeira. “Oh! Disse a Sara: “Eu ia usar este vestido na tua festa!”. “Que festa?” - Disse a Helena. “Anda lá!” - Disse Sara - “Vamos ver se eu consigo tirar a nódoa”.

Alguém disse algo que não devia ter dito, ou disse alguma coisa estranha?

Se sim, pergunte

Quem disse algo que não devia ter dito, ou disse algo estranho?

Porque é que ele/ela não devia ter dito isso ou porque é que foi estranho?

Porque é que acha que ele/ela disse isso?

A Sara ter-se-á lembrado que a festa era uma festa surpresa?

Como pensa que a Helena se sentiu?

**Questões de controlo:** Na história, para quem era a festa surpresa?

O que foi entornado no vestido?

3. O António estava a comprar uma camisa para combinar com o seu fato. O vendedor mostrou-lhe várias camisas. O António olhou para elas e finalmente encontrou uma que era da cor certa. Mas quando foi para o provador e a experimentou, ela não servia. Lamento mas é muito pequena” – disse ele para o vendedor. “Não se preocupe” - disse o vendedor – “Para a semana que vem, vamos receber mais destas camisas num tamanho maior”. “Ótimo! Então volto depois” – disse o António.

Alguém disse algo que não devia ter dito, ou disse alguma coisa estranha?

Se sim, pergunte

Quem disse algo que não devia ter dito, ou disse algo estranho?

Porque é que ele/ela não devia ter dito isso ou porque é que foi estranho?

Porque é que acha que ele/ela disse isso?

Quando António experimentou a camisa, ele sabia que na loja não havia o seu tamanho?

Como é que acha que António se sentiu?

**Questão de controlo:** Na história, o que é que António ia comprar?

Porquê é que ele vai voltar para a semana?

4. A Camila tinha acabado de se mudar para um novo apartamento. A Camila foi às compras e comprou umas cortinas novas para o quarto. Justamente quando ela tinha acabado de decorar o apartamento, a sua melhor amiga Sara veio visitá-la. A Camila mostrou-lhe o apartamento e perguntou: “ Gostas do meu quarto?” “Essas cortinas são horríveis” – disse Sara. Espero que arranjes umas novas!”.

Alguém disse algo que não devia ter dito, ou disse alguma coisa estranha?

Se sim, pergunte

Quem disse algo que não devia ter dito, ou disse algo estranho?

Porque é que ele/ela não devia ter dito isso ou porque é que foi estranho?

Porque é que acha que ele/ela disse isso?

Será que a Sara sabia que a Camila tinha acabado de comprar as cortinas?

Como é que acha que a Camila se sentiu?

**Questão de controlo:** Na história, o que é que a Camila tinha comprado?

Há quanto tempo é que a Camila estava a viver naquele apartamento?

5. O Luís foi ao barbeiro para cortar o cabelo. “Que tipo de corte deseja?” – Perguntou o barbeiro. - “Eu gostaria do mesmo estilo que tenho agora mas com um centímetro a menos!” – Respondeu o Luís. O barbeiro cortou de forma um pouco irregular à frente, por isso teve que cortá-lo mais curto para o nivelar. "Eu receio que esteja um pouco mais curto do que você pediu", disse o barbeiro. - "Ora, deixe lá!" - disse o Luís - "O cabelo cresce!."

Alguém disse algo que não devia ter dito, ou disse alguma coisa estranha?

Se sim, pergunte

Quem disse algo que não devia ter dito, ou disse algo estranho?

Porque é que ele/ela não devia ter dito isso ou porque é que foi estranho?

Porque é que acha que ele/ela disse isso?

Enquanto o barbeiro estava a cortar o cabelo, o Luís sabia ele estava a corta-lo muito curto?

Como acha que o Luís se sentiu?

**Questão de controlo:** na história, como é que Luís queria o seu corte de cabelo?

Como é que o barbeiro cortou o cabelo?

6. O João parou no posto de gasolina a caminho de casa para atestar o carro. Ele deu o cartão multibanco à empregada da caixa. A empregada passou o cartão e disse "Sinto muito, a máquina não aceita o seu cartão." "Hummm, isso é estranho" - disse o João. - "Bem, então eu pago em dinheiro." Ele deu-lhe 50 euros e disse: - "Eu atestei o carro com gasolina sem chumbo."

Alguém disse algo que não devia ter dito, ou disse alguma coisa estranha?

Se sim, pergunte

Quem disse algo que não devia ter dito, ou disse algo estranho?

Porque é que ele/ela não devia ter dito isso ou porque é que foi estranho?

Porque é que acha que ele/ela disse isso?

Quando ele entregou seu cartão na caixa, João sabia que a máquina não iria aceitar o seu cartão?

Como é que acha que João se sentiu?

**Questão de controlo:** Na história, o que é que o João foi comprar?

Porquê e que pagou em dinheiro?

7. A Susana é uma menina de três anos de idade, com um rosto redondo e cabelo loiro curto. Ela estava na casa da sua tia Carolina. A campainha tocou e a tia Carolina atendeu.

Era a Maria, uma vizinha. "Olá! Que bom teres aparecido por aqui" disse a Tia Carolina. A Maria disse: "Olá", depois olhou para Susana e disse: "Oh, eu acho que ainda não conheço este menino. Como te chamas?"

Alguém disse algo que não devia ter dito, ou disse alguma coisa estranha?

Se sim, pergunte

Quem disse algo que não devia ter dito, ou disse algo estranho?

Porque é que ele/ela não devia ter dito isso ou porque é que foi estranho?

Porque é que acha que ele/ela disse isso?

Será que a Maria sabia que a Susana era uma menina?

Como é que acha que a Susana se sentiu?

**Questão de controlo:** Na história, onde estava a Susana?

Quem é que foi visitar a tia carolina?

8. A Joana levou o seu cão Bolinhas ao parque. Ela atirou um pau para ele ir buscar. Depois de estar lá há algum tempo, Isabel, uma vizinha da Joana, passou. Elas conversaram durante alguns minutos. Em seguida, Isabel perguntou: "Estas a ir para casa?"

Queres que te acompanhe?" "Claro!", disse Joana. Ela chamou pelo Bolinhas, mas ele estava ocupado a perseguir pombos e não veio. "Parece que ele não está pronto para voltar", disse ela. "Acho que vou ficar." "OK", disse a Isabel. "Vejo-te mais tarde."

Alguém disse algo que não devia ter dito, ou disse alguma coisa estranha?

Se sim, pergunte

Quem disse algo que não devia ter dito, ou disse algo estranho?

Porque é que ele/ela não devia ter dito isso ou porque é que foi estranho?

Porque é que acha que ele/ela disse isso?

Quando Isabel convidou Joana, sabia que Joana não conseguiria ir para casa com ela?

Como é que acha que a Isabel se sentiu?

**Questão de controlo:** Na história, onde tinham estado a Joana e o Bolinhas?

Porquê é que a Joana não foi com a Isabel?

9. A Andreia tinha tido um papel importante na peça de teatro da escola no ano passado e ela queria muito ter o papel principal este ano. Ela teve aulas de representação, e na primavera, fez uma audição para a peça. Antes de ir para a aula, a Andreia foi ver a lista

para saber quem tinha sido selecionado para entrar na peça. Ela não tinha conseguido o papel principal, e em vez disso foi selecionada para um papel menor. De seguida, foi a correr ter com o namorado à entrada da escola e disse-lhe o que tinha acontecido. "Sinto muito." - Disse ele. "Deves estar desapontada", acrescenta. "Sim." - respondeu a Andreia - "Eu tenho que decidir se quero aceitar este papel."

Alguém disse algo que não devia ter dito, ou disse alguma coisa estranha?

Se sim, pergunte

Quem disse algo que não devia ter dito, ou disse algo estranho?

Porque é que ele/ela não devia ter dito isso ou porque é que foi estranho?

Porque é que acha que ele/ela disse isso?

Quando a Andreia foi ter com o namorado, ele já sabia que ela não tinha conseguido o papel?

Como é que acha que a Andreia se sentiu?

**Questão de controlo:** Na história, que papel é que a Andreia queria ficar?

Que tipo de papel é que ela teve no ano anterior?

O que é que o namorado dela disse?

10. O Miguel estava na biblioteca. Ele encontrou o livro que queria sobre caminhadas na Serra da Estrela e foi até o balcão para o requisitar. Quando olhou para a sua carteira, descobriu que tinha deixado o cartão da biblioteca em casa. "Sinto muito", disse ele à senhora que estava atrás do balcão. "Parece que eu deixei o meu cartão da biblioteca em

casa". "Tudo bem", respondeu ela. "Diga-me o seu nome. Se o seu nome estiver no computador, bastará mostrar-me o seu cartão de cidadão para requisitar o livro"

Alguém disse algo que não devia ter dito, ou disse alguma coisa estranha?

Se sim, pergunte

Quem disse algo que não devia ter dito, ou disse algo estranho?

Porque é que ele/ela não devia ter dito isso ou porque é que foi estranho?

Porque é que acha que ele/ela disse isso?

Como é que acha que se sentiu o Miguel?

**Questão de controlo:** Na história, qual foi o livro que o Miguel requisitou?

Ele foi só à biblioteca com intenção de dar só uma olhadela?

11. A Alexandra Correia, uma gerente da empresa *Sofitel*, convocou uma reunião para todos os funcionários. "Eu tenho algo para vos dizer", disse ela. "João Abreu, um dos nossos contabilistas, está muito doente com cancro e está no hospital." Ficaram todos em silêncio, absorvendo a notícia, quando Roberto, um engenheiro informático, chegou, atrasado. "Eh pá, eu ouvi uma anedota ontem à noite!"- Disse Roberto. "O que diz um doente terminal ao seu médico?" A Alexandra disse, "Ok, vamos começar a reunião."

Alguém disse algo que não devia ter dito, ou disse alguma coisa estranha?

Se sim, pergunte

Quem disse algo que não devia ter dito, ou disse algo estranho?

Porque é que ele/ela não devia ter dito isso ou porque é que foi estranho?

Porque é que acha que ele/ela disse isso?

Quando Roberto entrou, ele já sabia que o contabilista estava doente com cancro?

Como é que acha que a Alexandra, a gerente, se sentiu?

**Questão de controlo:** Na história, a Alexandra, a gerente, o que disse às pessoas na reunião?

Quem chegou atrasado à reunião?

12. O André, um menino de nove anos de idade, acabou de entrar numa escola nova. Ele estava numa das casas de banho da escola. O Miguel e o Pedro, dois outros meninos, entraram a casa de banho e estavam junto dos lavatórios a conversar. O Miguel disse: "Conheces aquele miúdo novo da turma? O nome dele é André. Ele não te parece esquisito? e é tão baixo!". O André saiu da casa de banho e o Miguel e o Pedro viram-no. O Pedro disse: "Oh, olá André! Vais jogar futebol agora?"

Alguém disse algo que não devia ter dito, ou disse alguma coisa estranha?

Se sim, pergunte

Quem disse algo que não devia ter dito, ou disse algo estranho?

Porque é que ele/ela não devia ter dito isso ou porque é que foi estranho?

Porque é que acha que ele/ela disse isso?

Quando o Miguel estava a falar com o Pedro, ele sabia que o André estava na casa de banho?

Como é que acha que o André se sentiu?

**Questão de controlo:** Na história, onde estava o André enquanto Miguel e Pedro estavam a falar?

O que é o Miguel disse sobre o André?

13. O primo do Vítor, o Diogo, veio visitá-lo e o Vítor fez uma tarte de maçã especialmente para ele. Depois do jantar, ele disse: "Eu fiz uma tarte para ti. Está na cozinha." "Mmmm! Cheira maravilhosamente! Eu adoro tartes, exceto de maçã, é claro" respondeu o Diogo.

Alguém disse algo que não devia ter dito, ou disse alguma coisa estranha?

Se sim, pergunte

Quem disse algo que não devia ter dito, ou disse algo estranho?

Porque é que ele/ela não devia ter dito isso ou porque é que foi estranho?

Porque é que acha que ele/ela disse isso?

Quando o Diogo sentiu o cheiro da tarte ele sabia que era uma tarte de maçã?

Como é que acha que o Vítor se sentiu?

**Questão de controlo:** Na história, que tipo de tarte é que o Vítor fez?

Como é que o Vítor e o Diogo se conheceram?

14. A Mariana comprou à amiga Ana uma taça de cristal como presente de casamento. A Ana teve um casamento muito grande e com tantos presentes que já não sabia quem tinha oferecido o quê. Cerca de um ano depois, a Mariana foi à casa de Ana jantar. A Mariana deixou cair, por acidente, uma garrafa de vinho em cima da taça de cristal e a taça partiu-se. "Peço desculpa. Eu parti a taça", disse a Mariana. "Não te preocupes", disse Ana, "também, nunca gostei dela. Foi-me oferecida no meu casamento."

Alguém disse algo que não devia ter dito, ou disse alguma coisa estranha?

Se sim, pergunte

Quem disse algo que não devia ter dito, ou disse algo estranho?

Porque é que ele/ela não devia ter dito isso ou porque é que foi estranho?

Porque é que acha que ele/ela disse isso?

Será que a Ana se lembra que tinha sido a Mariana que lhe tinha dado a taça?

Como é que acha que a Mariana sentiu?

**Questão de controlo:** Na história, o que é que a Mariana deu à Ana no seu casamento?

Como é que a taça se partiu?

15. Na escola básica de Vale de Câmbrias houve uma competição de contos. Todos foram convidados a entrar. Vários dos alunos do quinto ano participaram. A Cristina, uma aluna

do quinto ano, adorava o conto com que tinha entrado na competição. Poucos dias depois, os resultados da competição foram anunciados: a história de Cristina não tinha ganhado nada e um colega de turma, David, tinha ganhado o primeiro prémio. No dia seguinte, a Cristina estava sentada num banco com o David. Eles estavam a olhar para o primeiro prémio dele. O David disse: "Foi tão fácil ganhar este concurso. Todas as outras histórias na competição eram terríveis". "Onde é que vais colocar o teu troféu?" perguntou a Cristina.

Alguém disse algo que não devia ter dito, ou disse alguma coisa estranha?

Se sim, pergunte

Quem disse algo que não devia ter dito, ou disse algo estranho?

Porque é que ele/ela não devia ter dito isso ou porque é que foi estranho?

Porque é que acha que ele/ela disse isso?

Será que o David sabia que a Cristina tinha entrado no concurso de contos?

Como é que acha que a Cristina se sentiu?

**Questão de controlo:** Na história, quem ganhou o concurso?

O conto da Cristina ganhou alguma coisa?

16. O Martim estava num restaurante. Ele entornou, acidentalmente, o café no chão. "Eu vou dar-lhe outra chávena de café", disse o empregado. O empregado saiu por um instante. Filipe, um outro cliente no restaurante, estava na caixa à espera de pagar. O Martim dirigiu-se ao Filipe e disse: "Eu entornei café na minha mesa. Pode limpar?"

Alguém disse algo que não devia ter dito, ou disse alguma coisa estranha?

Se sim, pergunte

Quem disse algo que não devia ter dito, ou disse algo estranho?

Porque é que ele/ela não devia ter dito isso ou porque é que foi estranho?

Porque é que acha que ele/ela disse isso?

Será que Martim sabia que o Filipe era um outro cliente?

Como é que acha que o Filipe se sentiu?

**Questão de controlo:** Na história, porquê é que o Filipe estava de pé na caixa?

O que é que o Martim derramou?

17. A Leonor estava à espera na paragem de autocarro. O autocarro estava atrasado e ela estava ali há bastante tempo. Ela tinha 65 anos e estar de pé tanto tempo deixou-a cansada. Quando o autocarro finalmente chegou estava cheio e não havia lugares. Ela viu um vizinho, o Paulo, de pé no autocarro. “Olá, Leonor” – disse ele. “Esteve à espera muito tempo?” “Cerca de 20 minutos”- respondeu ela. Um jovem que estava sentado levantou-se. “Minha Senhora, gostaria de se sentar no meu lugar?”

Alguém disse algo que não devia ter dito, ou disse alguma coisa estranha?

Se sim, pergunte

Quem disse algo que não devia ter dito, ou disse algo estranho?

Porque é que ele/ela não devia ter dito isso ou porque é que foi estranho?

Porque é que acha que ele/ela disse isso?

Quando Leonor entrou no autocarro, o Paulo sabia quanto tempo ela estava à espera?

Como é que acha que a Leonor se sentiu?

**Questão de controlo:** Na história, porquê é que a Leonor estava a espera na paragem há 20 minutos?

Havia lugares disponíveis no autocarro quando a Leonor entrou no autocarro?

18. O Ricardo tinha começado a trabalhar num novo escritório. Um dia, na sala do café, ele estava a conversar com um novo colega, o André. “O que faz a tua mulher?” Perguntou o André. “Ela é advogada”- respondeu o Ricardo. Poucos minutos depois a Clara entrou na sala do café parecendo irritada. “Eu recebi o pior dos telefonemas”- disse ela. “Os advogados são tão arrogantes e gananciosos. Eu não os suporto.” – “Queres vir analisar estes relatórios?” – Perguntou o André à Clara. – “Agora não”- respondeu ela: - “preciso de um café”.

Alguém disse algo que não devia ter dito, ou disse alguma coisa estranha?

Se sim, pergunte

Quem disse algo que não devia ter dito, ou disse algo estranho?

Porque é que ele/ela não devia ter dito isso ou porque é que foi estranho?

Porque é que acha que ele/ela disse isso?

Será que a Clara sabia que a mulher do Ricardo era advogada?

Como é que acha que o Ricardo se sentiu?

**Questão de controlo:** Na história, o que é que a mulher do Ricardo faz?

Onde estavam o Ricardo e o André a conversar?

19. O Vasco comprou um carro novo, um Peugeot vermelho. Algumas semanas depois bateu no carro do seu vizinho Afonso, um velho Volvo. O seu carro novo não ficou com nenhum estrago e também não fez muitos estragos no carro do Afonso – apenas um risco na pintura por cima da roda. Ainda assim, o Vasco subiu até à casa do vizinho e bateu à porta. Quando Afonso abriu a porta, o Vasco disse: “Lamento muito, acabei de fazer um pequeno risco no seu carro”. O Afonso olhou para ele e disse: “Não se preocupe. Foi apenas um acidente. “

Alguém disse algo que não devia ter dito, ou disse alguma coisa estranha?

Se sim, pergunte

Quem disse algo que não devia ter dito, ou disse algo estranho?

Porque é que ele/ela não devia ter dito isso ou porque é que foi estranho?

Porque é que acha que ele/ela disse isso?

Será que o Vasco sabia qual iria ser a reação do seu vizinho Afonso?

Como é que acha que o Afonso se sentiu?

**Questão de controlo:** Na história, o que é que o Vasco fez ao carro do Afonso?

Como é que o Afonso reagiu?

20. A Sara foi à charcutaria para comprar carne. A loja estava cheia de gente e barulhenta. Ela perguntou ao talhante: - “Tem frango do campo?” Ele negou com a cabeça e começou a embrulhar um frango para ela. “Desculpe”, disse ela, “Eu não me devo ter explicado bem. Perguntei se o senhor tinha frango do campo”. “Oh, desculpe”, disse o talhante: “Não temos.”

Alguém disse algo que não devia ter dito, ou disse alguma coisa estranha?

Se sim, pergunte

Quem disse algo que não devia ter dito, ou disse algo estranho?

Porque é que ele/ela não devia ter dito isso ou porque é que foi estranho?

Porque é que acha que ele/ela disse isso?

Quando o talhante começou a embrulhar um frango para a Sara, ele sabia que ela queria um frango do campo?

Como é que acha que a Sara se sentiu?

**Questão de controlo:** Na história, onde é que a Sara foi?

Porquê é que o talhante embrulhou um frango para ela?

### Anexo 3

## Reading the Mind in the Eyes Test

Imagem exemplo – Prática

Prática

invejoso

apavorado



arrogante

odioso

Versão completa: Mouga, S. & Tavares, P. *Tradução portuguesa (Portugal) do reading the mind with the eyes test – versão adulto revista*. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.

## Folha de Resposta

Data de Nascimento: ..... Data Atual: .....

Escolaridade:

T	invejoso	apavorado	arrogante	odioso
1	brincalhão	reconfortante	irritado	entediado
2	aterrorizado	infeliz	arrogante	aborrecido
3	gozão	aturdido	desejoso	convicto
4	gozão	insistente	divertido	relaxado
5	irritado	sarcástico	angustiado	amigável
6	atônito	sonhador	impaciente	alarmado
7	apologético	amigável	desconfortável	desalentado
8	desanimado	aliviado	tímido	excitado
9	aborrecido	hostil	horrorizado	preocupado
10	cauteloso	insistente	entediado	atônito
11	aterrorizado	divertido	arrependido	galanteador
12	indiferente	embaraçado	cético	desalentado
13	decidido	expectante	ameaçador	tímido
14	irritado	desapontado	deprimido	acusatório
15	contemplativo	aturdido	encorajador	divertido
16	irritado	pensativo	encorajador	empático
17	duvidoso	afetuoso	brincalhão	atônito
18	decidido	divertido	atônito	entediado
19	arrogante	grato	sarcástico	hesitante
20	dominador	amigável	culpado	horrorizado
21	embaraçado	sonhador	confuso	apavorado
22	preocupado	grato	insistente	implorativo
23	contente	apologético	desafiador	curioso
24	absorto	irritado	excitado	hostil
25	apavorado	incrédulo	desanimado	interessado
26	alarmado	tímido	hostil	ansioso
27	gozão	cauteloso	arrogante	tranquilizador
28	interessado	gozão	afetuoso	contente
29	impaciente	atônito	irritado	refletivo
30	grato	galanteador	hostil	desapontado
31	envergonhado	confiante	gozão	desalentado
32	sério	envergonhado	desnorteado	alarmado
33	embaraçado	culpado	sonhador	aprensivo
34	atônito	confundido	desconfiado	aterrorizado
35	cismado	nervoso	insistente	contemplativo
36	envergonhado	nervoso	suspeitoso	indeciso

## Anexo 4

### Escalas de Medição do Quociente de Empatia e do Quociente de Sistematização

**Baron-Cohen, Richler, Bisarya, Gurunathan & Wheelwright (2003)**  
**Validação para a População Portuguesa por Rodrigues, Lopes, Giger, Gomes, Santos & Gonçalves (2011)**

#### *Itens da Versão Curta do Quociente de Empatia*

	Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente
1. Eu consigo, facilmente, dizer se alguém quer entrar numa conversa.	1	2	3	4
2. Eu gosto realmente de me preocupar com as outras pessoas.	1	2	3	4
3. Eu considero difícil saber o que fazer numa situação social.	1	2	3	4
4. Frequentemente tenho dificuldades em julgar se algo é rude ou delicado.	1	2	3	4
5. Numa conversa, eu tendo a focar-me nos meus pensamentos em vez de me focar no que o meu ouvinte possa estar a pensar.	1	2	3	4
6. Eu consigo perceber rapidamente quando alguém diz uma coisa mas quer dizer outra.	1	2	3	4
7. Para mim, é complicado ver porque algumas coisas chateiam tanto as pessoas.	1	2	3	4
8. É fácil, para mim, colocar-me no lugar de outra pessoa.	1	2	3	4
9. Eu sou bom a predizer como alguém se irá sentir.	1	2	3	4
10. Eu vejo com facilidade quando alguém, num grupo, se está a sentir embaraçado ou desconfortável.	1	2	3	4
11. Nem sempre consigo perceber porque alguém se terá sentido ofendido por um reparo.	1	2	3	4
12. Não tendo a achar as situações sociais confusas.	1	2	3	4
13. As outras pessoas dizem-me que sou bom a perceber como elas se sentem ou o que estão a pensar.	1	2	3	4
14. Eu consigo perceber com facilidade quando alguém está	1	2	3	4

interessado ou aborrecido com o que estou a dizer.				
15. Normalmente os meus amigos falam-me dos seus problemas e dizem que sou muito compreensivo	1	2	3	4
16. Eu percebo quando estou a ser intrometido mesmo que a outra pessoa não mo diga.	1	2	3	4
17. Frequentemente as outras pessoas dizem que sou insensível, se bem que nem sempre percebo porquê.	1	2	3	4
18. Eu consigo sintonizar-me com o que os outros sentem, rapidamente e intuitivamente.	1	2	3	4
19. Eu consigo descobrir rapidamente o assunto sobre o que outra pessoa quer falar.	1	2	3	4
20. Eu consigo perceber quando outra pessoa está a disfarçar os seus verdadeiros sentimentos.	1	2	3	4
21. Eu sou bom a prever o que outra pessoa irá fazer.	1	2	3	4
22. Eu tendo a envolver-me emocionalmente com os problemas dos meus amigos.	1	2	3	4

*Itens da Versão Curta do Quociente de Sistematização*

	Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente
1. Se estivesse a comprar um carro, queria obter informação específica acerca da sua cilindrada.	1	2	3	4
2. Se houvesse um problema com as ligações elétricas em minha casa, eu seria capaz de o resolver sozinho(a).	1	2	3	4
3. Raramente leio artigos ou páginas web sobre novas tecnologias	1	2	3	4
4. Não aprecio jogos que envolvam um elevado grau de estratégia.	1	2	3	4
5. Fascina-me a forma como as máquinas trabalham.	1	2	3	4

6. Em matemática, fico intrigado(a) com as regras e os padrões que governam os números.	1	2	3	4
7. Acho difícil entender os manuais de instruções quando servem para conectar objetos elétricos.	1	2	3	4
8. Se estivesse a comprar um computador, queria saber os detalhes exatos acerca da capacidade da sua unidade de disco rígido e da velocidade do processador.	1	2	3	4
9. Acho difícil ler e entender mapas.	1	2	3	4
10. Quando olho para uma peça de mobiliário, não reparo nos detalhes de como foi construída.	1	2	3	4
11. Acho difícil aprender a orientar-me numa nova cidade.	1	2	3	4
12. Não tenho a tendência de ver documentários científicos na televisão nem de ler artigos acerca da ciência e da natureza.	1	2	3	4
13. Se estivesse a comprar uma aparelhagem, queria saber acerca das suas características técnicas precisas.	1	2	3	4
14. Acho fácil compreender exatamente como funcionam as probabilidades nas apostas.	1	2	3	4
15. Não sou muito metuculoso(a) quando realizo uma tarefa do tipo "faça você próprio".	1	2	3	4
16. Quando olho para um edifício, fico curioso sobre a forma precisa de como foi construído.	1	2	3	4
17. Acho difícil entender a informação que o banco me manda acerca de diferentes investimentos e sistemas de poupança.	1	2	3	4
18. Quando viajo de comboio, frequentemente pergunto-me como são exatamente coordenadas as redes ferroviárias.	1	2	3	4
19. Se estivesse a comprar uma câmara, não olharia com atenção para a qualidade da lente.	1	2	3	4

20. Quando ouço a previsão do tempo, não estou muito interessado(a) nos padrões meteorológicos.	1	2	3	4
21. Quando olho para uma montanha, penso em como precisamente ela foi formada.	1	2	3	4
22. Posso facilmente visualizar como as auto-estradas na minha região se articulam.	1	2	3	4
23. Quando estou num avião, não penso sobre as aerodinâmicas.	1	2	3	4
24. Estou interessado(a) em saber o caminho que um rio toma da sua fonte até ao mar.	1	2	3	4
25. Não estou interessado(a) em entender como funciona a comunicação sem fios.	1	2	3	4

## Anexo 5

### Escala de Ansiedade e de Evitamento em Situações de Desempenho e de Interação Social (EAESDIS)

**Pinto-Gouveia, Cunha, & Salvador (2003)**

Assinale o grau de desconforto ou ansiedade e o grau de evitamento que cada uma das situações assinaladas lhe provoca, utilizando a escala de resposta de 1 a 4, abaixo indicada. Aponte, nas linhas em branco, outras situações que lhe causam desconforto ou que evite que não estejam mencionadas.

Número de telemóvel/email: \_\_\_\_\_

	<b>Desconforto/ Ansiedade (1=Nenhum; 2=Ligeiro; 3= Médio;4=Severo)</b>				<b>Evitamento (1=Nunca (0%); 2=Às vezes (1- 33%); 3=Muitas vezes (34-67%); 4=Quase sempre (68-100%))</b>			
	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Participar numa atividade de grupo	1	2	3	4	1	2	3	4
2. Comer em público	1	2	3	4	1	2	3	4
3. Beber num local público	1	2	3	4	1	2	3	4
4. Representar, agir ou falar perante uma audiência	1	2	3	4	1	2	3	4
5. Ir a uma festa	1	2	3	4	1	2	3	4
6. Trabalhar enquanto se está a ser observado/a	1	2	3	4	1	2	3	4
7. Escrever enquanto se está a ser observado/a	1	2	3	4	1	2	3	4
8. Telefonar a alguém que não conhece bem	1	2	3	4	1	2	3	4
9. Falar com alguém que não conhece bem	1	2	3	4	1	2	3	4
10. Encontrar-se com estranhos/desconhecidos	1	2	3	4	1	2	3	4
11. Urinar num W.C. público	1	2	3	4	1	2	3	4
12. Entrar numa sala onde ou outros já estão sentados	1	2	3	4	1	2	3	4
13. Ser o centro das atenções	1	2	3	4	1	2	3	4
14. Levantar-se e fazer um pequeno discurso, sem preparação prévia, numa festa	1	2	3	4	1	2	3	4
15. Fazer um teste às suas capacidades, competências ou conhecimentos	1	2	3	4	1	2	3	4
16. Expressar desacordo ou rejeição a alguém que não conhece muito bem	1	2	3	4	1	2	3	4

17. Olhar diretamente nos olhos de alguém que não se conhece muito bem	1	2	3	4	1	2	3	4
18. Apresentar oralmente um trabalho	1	2	3	4	1	2	3	4
19. Tentar convencer alguém para um relacionamento romântico/sexual (cortejar)	1	2	3	4	1	2	3	4
20. Devolver um artigo e obter um reembolso	1	2	3	4	1	2	3	4
21. Dar uma festa	1	2	3	4	1	2	3	4
22. Resistir à pressão elevada dum elevador	1	2	3	4	1	2	3	4
23. Ir a uma entrevista para arranjar emprego	1	2	3	4	1	2	3	4
24. Pedir uma informação a uma pessoa desconhecida (ex: perguntar as horas, o nome da rua, morada, etc.)	1	2	3	4	1	2	3	4
25. Juntar-se, numa mesa de café, a um grupo de colegas que não se conhece bem	1	2	3	4	1	2	3	4
26. Pedir um favor a outra pessoa	1	2	3	4	1	2	3	4
27. Falar com uma pessoa que admire	1	2	3	4	1	2	3	4
28. Numa festa, participar em jogos e/ou danças	1	2	3	4	1	2	3	4
29. Convidar alguém, pela primeira vez para sair	1	2	3	4	1	2	3	4
30. Aproximação do empregado quando se entrou numa loja só para ver	1	2	3	4	1	2	3	4
31. Conversar com pessoas do sexo oposto	1	2	3	4	1	2	3	4
32. Aceitar um elogio	1	2	3	4	1	2	3	4
33. Participar num encontro com pessoas de cultura diferente	1	2	3	4	1	2	3	4
34. Ir a uma discoteca com um(a) amigo(a)	1	2	3	4	1	2	3	4
35. Pedir a outra pessoa que mude um comportamento que nos desagrada	1	2	3	4	1	2	3	4
36. Ser chamado ao gabinete do chefe ou professor	1	2	3	4	1	2	3	4
37. Falar com alguém uma língua estrangeira que não se domina bem	1	2	3	4	1	2	3	4
38. Fazer um exame oral	1	2	3	4	1	2	3	4
39. Queixar-se quando alguém tenta passar à sua frente numa fila	1	2	3	4	1	2	3	4
40. Ser chamado para “ir ao quadro”	1	2	3	4	1	2	3	4
41. Tomar a iniciativa de colocar uma questão ou pedir um esclarecimento numa aula ou reunião	1	2	3	4	1	2	3	4
42. Responder a uma questão colocada pelo professor no meio da aula	1	2	3	4	1	2	3	4

43. Chegar atrasado(a) ou adiantado(a) a uma reunião ou aula	1	2	3	4	1	2	3	4
44. Falar com pessoas dum condição sociocultural superior	1	2	3	4	1	2	3	4

Das situações atrás apontadas escolha, agora, as cinco situações que lhe provocam mais desconforto, colocando os respectivos números nos quadros abaixo indicados:

## Anexo 6

### *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*

O questionário seguinte é constituído por vários grupos de afirmações. Em cada grupo escolha **UMA ÚNICA** afirmação, a que melhor descreve a forma como se tem sentido **NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**.

#### **1. Tristeza**

- Não me sinto triste
- Ando triste muitas vezes
- Sinto-me sempre triste
- Estou tão triste ou infeliz que já não o suporto

#### **2. Pessimismo**

- Não me sinto desencorajada em relação ao futuro
- Sinto-me mais desencorajada em relação ao futuro do que costumava
- Já não espero que os meus problemas se resolvam
- Não tenho qualquer esperança no futuro e acho que tudo só pode piorar

#### **3. Fracassos Passados**

- Não me considero uma falhada
- Fracassei mais vezes do que deveria
- Quando considero o meu passado, o que noto é uma quantidade de fracassos
- Sinto-me completamente falhada como pessoa

#### **4. Perda de Prazer**

- Tenho tanto prazer como costumava ter com as coisas que eu gosto
- Eu não gosto tanto das coisas como costumava
- Tenho pouco prazer com as coisas que eu costumava gostar
- Não obtenho qualquer prazer das coisas que eu costumava gostar

#### **5. Sentimentos de Culpa**

- Não me sinto particularmente culpada
- Sinto-me culpada por muitas coisas que fiz ou deveria ter feito
- Sinto-me bastante culpada a maioria das vezes
- Sinto-me culpada durante o tempo todo

#### **6. Sentimentos de Punição**

- Não sinto que estou a ser castigada
- Sinto que posso ser castigada
- Espero vir a ser castigada
- Sinto que estou a ser castigada

#### **7. Auto-depreciação**

- Aquilo que acho de mim é o que sempre achei
- Perdi a confiança em mim própria
- Estou desapontada comigo mesma
- Não gosto de mim

#### **8. Auto-criticismo**

- Não me culpo ou critico mais do que costumava
- Critico-me mais do que costumava
- Critico-me por todas as minhas falhas
- Culpo-me por tudo o que de mal me acontece

#### **9. Pensamentos ou Desejos Suicidas**

- Não tenho qualquer ideia de me matar

- Tenho ideias de me matar mas não as levarei a cabo
- Gostaria de me matar
- Matar-me-ia se tivesse oportunidade

#### **10. Choro**

- Não choro mais do que costumava
- Choro mais do que costumava
- Choro por tudo e por nada
- Apetece-me chorar, mas já não consigo

#### **11. Agitação**

- Não me sinto mais inquieta que o normal
- Sinto-me mais inquieta que o habitual
- Estou tão inquieta ou agitada que é difícil parar quieta
- Estou tão inquieta ou agitada que tenho que me manter em movimento ou a fazer alguma coisa

#### **12. Perda de interesse**

- Não perdi o interesse nas outras pessoas ou nas minhas actividades
- Estou menos interessado pelas coisas e pelas outras pessoas do que antes
- Perdi a maioria do meu interesse nas coisas e nas outras pessoas
- É difícil interessar-me por qualquer coisa que seja

#### **13. Indecisão**

- Tomo decisões como sempre fiz
- Acho mais difícil tomar decisões do que o habitual
- Tenho muitas mais dificuldades em tomar decisões do que antigamente
- Sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão

#### **14. Sentimentos de inutilidade**

- Não me considero uma incapaz/inútil
- Não me considero tão válida e útil como costumava
- Sinto-me mais inútil, em relação às outras pessoas
- Sinto-me completamente inútil

#### **15. Perda de energia**

- Tenho a mesma energia de sempre
- Sinto-me com menos energia do que o habitual
- Não me sinto com energia para muitas coisas
- Não me sinto com energia para nada

#### **16. Alterações no Padrão de Sono nas duas últimas semanas**

- Não notei qualquer mudança no meu sono
- Durmo um pouco mais do que o habitual
- Durmo um pouco menos do que o habitual
- Durmo muito mais do que o habitual
- Durmo muito menos do que o habitual
- Durmo a maioria do tempo durante o dia
- Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo que é costume e não consigo voltar a dormir

#### **17. Irritabilidade**

- Não estou mais irritável que o normal
- Estou mais irritável que o habitual
- Estou mais irritável que o normal
- Estou irritável o tempo todo

#### **18. Alterações no Apetite**

- Não notei qualquer alteração no meu apetite

- Tenho um pouco menos de apetite do que o habitual
- Tenho um pouco mais de apetite do que o habitual
- O meu apetite é muito menor que o normal
- O meu apetite é muito maior que o normal
- Perdi por completo o apetite
- Anseio por comida o tempo todo

**19. Dificuldades de Concentração**

- Concentro-me tão bem como antes
- Não me consigo concentrar tão bem como antes
- É difícil manter as minhas ideias em qualquer coisa por muito tempo
- Acho que não consigo concentrar-me em nada

**20. Cansaço ou Fadiga**

- Não me sinto mais cansada/fatigada que o habitual
- Canso-me mais facilmente que o costume
- Estou demasiado cansada ou fatigada para fazer uma série de coisas que costumava fazer
- Estou demasiado cansada ou fatigada para fazer a maioria das coisas que costumava fazer

**21. Perda de Interesse Sexual**

- Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual
- Encontro-me menos interessada pela vida sexual do que costumava estar
- Atualmente sinto-me menos interessada pela vida sexual
- Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual

## Anexo 7

### Modelos de Regressão Linear

#### Regressão Linear - Positivas

##### Resumo do Modelo

Modelo	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	RMSE
0	0.106	0.011	-0.024	1.977
1	0.110	0.012	-0.042	1.994

*Nota.* Modelo nulo inclui Empatia\_Geral, Sistematização\_Geral

##### ANOVA

Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	F	p
0 Regressão	2.510	2	1.255	0.321	0.727
Resíduo	218.880	56	3.909		
Total	221.390	58			
1 Regressão	2.672	3	0.891	0.224	0.879
Resíduo	218.718	55	3.977		
Total	221.390	58			

*Nota.* Modelo nulo inclui Empatia\_Geral, Sistematização\_Geral

##### Coefficiente

Modelo	Não Padronizada	Erro padrão	Padronizada	t	p
0 (Interceptar)	8.480	1.101		7.699	< .001
Empatia_Geral	-0.032	0.042	-0.107	0.767	0.446
Sistematização_Geral	0.021	0.045	0.064	0.459	0.648
1 (Interceptar)	8.396	1.185		7.086	< .001
Empatia_Geral	-0.031	0.043	-0.103	0.723	0.473
Sistematização_Geral	0.019	0.045	0.061	0.429	0.669
BDI_Geral	0.007	0.037	0.027	0.202	0.841

## Regressão Linear - Negativas

### Resumo do Modelo

Modelo	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	RMSE
0	0.310	0.096	0.064	1.446
1	0.336	0.113	0.064	1.446

*Nota.* Modelo nulo inclui Empatia\_Geral, Sistematização\_Geral

### ANOVA

Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	F	p
0 Regressão	12.495	2	6.247	2.987	0.059
Resíduo	117.132	56	2.092		
Total	129.627	58			
1 Regressão	14.600	3	4.867	2.327	0.085
Resíduo	115.027	55	2.091		
Total	129.627	58			

*Nota.* Modelo nulo inclui Empatia\_Geral, Sistematização\_Geral

### Coefficiente

Modelo	Não Padronizada	Erro padrão	Padronizada	t	p
0 (Interceptar)	3.938	0.806		4.888	< .001
Empatia_Geral	0.055	0.031	0.239	1.790	0.079
Sistematização_Geral	0.034	0.033	0.137	1.025	0.310
1 (Interceptar)	4.238	0.859		4.932	< .001
Empatia_Geral	0.051	0.031	0.219	1.625	0.110
Sistematização_Geral	0.037	0.033	0.152	1.133	0.262
BDI_Geral	-0.027	0.027	-0.129	1.003	0.320

## Regressão Linear – RMIET geral

### Resumo do Modelo

Modelo	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	RMSE
0	0.196	0.038	0.004	3.977
1	0.203	0.041	-0.011	4.007

*Nota.* Modelo nulo inclui Empatia\_Geral, Sistematização\_Geral

### ANOVA

Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	F	p
0 Regressão	35.385	2	17.692	1.119	0.334
Resíduo	885.598	56	15.814		
Total	920.983	58			
1 Regressão	37.841	3	12.614	0.786	0.507
Resíduo	883.142	55	16.057		
Total	920.983	58			

*Nota.* Modelo nulo inclui Empatia\_Geral, Sistematização\_Geral

### Coefficiente

Modelo	Não Padronizada	Erro padrão	Padronizada	t	p	2.5 %	97.5 %
0 (Interceptar)	22.928	2.215		10.350	< .001	18.490	27.366
Empatia_Geral	-0.016	0.085	-0.027	-0.193	0.848	-0.187	0.154
Sistematização_Geral	0.132	0.090	0.203	1.470	0.147	0.048	0.312
1 (Interceptar)	23.252	2.381		9.766	< .001	18.481	28.024
Empatia_Geral	-0.021	0.087	-0.035	-0.247	0.806	-0.195	0.152
Sistematização_Geral	0.136	0.091	0.209	1.494	0.141	0.047	0.319
BDI_Geral	-0.029	0.074	-0.052	-0.391	0.697	-0.178	0.120

## Regressão Linear- Neutras

### Resumo do Modelo

Modelo	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	RMSE
0	0.231	0.053	0.019	2.052
1	0.233	0.054	0.003	2.069

*Nota.* Modelo nulo inclui Empatia\_Geral, Sistematização\_Geral

### ANOVA

Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	F	p
0 Regressão	13.270	2	6.635	1.576	0.216
Resíduo	235.713	56	4.209		
Total	248.983	58			
1 Regressão	13.472	3	4.491	1.049	0.378
Resíduo	235.511	55	4.282		
Total	248.983	58			

*Nota.* Modelo nulo inclui Empatia\_Geral, Sistematização\_Geral

### Coefficiente

Modelo	Não Padronizada	Erro padrão	Padronizada	t	p
0 (Interceptar)	10.509	1.143		9.195	< .001
Empatia_Geral	-0.041	0.044	-0.129	0.944	0.349
Sistematização_Geral	0.080	0.046	0.236	1.723	0.090
1 (Interceptar)	10.601	1.230		8.622	< .001
Empatia_Geral	-0.043	0.045	-0.134	0.957	0.343
Sistematização_Geral	0.081	0.047	0.239	1.722	0.091
BDI_Geral	-0.008	0.038	-0.029	0.217	0.829

## Regressão Linear– FP\_det

### Resumo do modelo

Modelo	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	RMSE
0	0.339	0.115	0.067	2.348
1	0.352	0.124	0.051	2.368

*Nota.* Modelo nulo inclui Empatia\_Geral, Sistematização\_Geral

### ANOVA

Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	F	p
0 Regressão	26.429	2	13.214	2.397	0.105
Resíduo	203.971	37	5.513		
Total	230.400	39			
1 Regressão	28.569	3	9.523	1.699	0.185
Resíduo	201.831	36	5.606		
Total	230.400	39			

*Nota.* Modelo nulo inclui Empatia\_Geral, Sistematização\_Geral

### Coefficiente

Modelo	Não Padronizada	Erro padrão	Padronizada	t	p	2.5%	97.5%
0 (Interceptar)	4.847	1.540		3.148	0.003	1.728	7.967
Empatia_Geral	0.006	0.075	0.015	0.081	0.936	0.146	0.158
Sistematização_Geral	0.128	0.069	0.331	1.847	0.073	0.012	0.268
1 (Interceptar)	4.427	1.695		2.611	0.013	0.989	7.865
Empatia_Geral	0.011	0.076	0.027	0.148	0.883	0.143	0.165
BDI_Geral	0.032	0.051	0.097	0.618	0.541	0.072	0.135
Sistematização_Geral	0.126	0.070	0.327	1.811	0.079	0.015	0.268

## Regressão Linear– FP\_rej

### Resumo do Modelo

Modelo	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	RMSE
0	0.331	0.109	0.061	3.544
1	0.360	0.129	0.057	3.553

*Nota.* Modelo nulo inclui Empatia\_Geral, Sistematização\_Geral

### ANOVA

Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	F	p
0 Regressão	57.137	2	28.569	2.274	0.117
Resíduo	464.763	37	12.561		
Total	521.900	39			
1 Regressão	67.502	3	22.501	1.783	0.168
Resíduo	454.398	36	12.622		
Total	521.900	39			

*Nota.* Modelo nulo inclui Empatia\_Geral, Sistematização\_Geral

### Coefficiente

Modelo	Não Padronizado	Erro padrão	Padronizado	t	p	2.5%	97.5%
0 (Interceptar)	14.720	2.324		6.334	< .001	10.011	19.430
Empatia_Geral	0.027	0.113	0.042	0.235	0.816	0.202	0.255
Sistematização_Geral	0.179	0.104	0.308	1.711	0.095	0.033	0.390
1 (Interceptar)	15.646	2.544		6.151	< .001	10.487	20.805
Empatia_Geral	0.015	0.114	0.024	0.133	0.895	0.216	0.246
Sistematização_Geral	0.182	0.105	0.313	1.735	0.091	0.031	0.394
BDI_Geral	-0.070	0.077	-0.142	-0.906	0.371	0.225	0.086

## Regressão Linear– Comp\_inaprop

### Resumo do Modelo

Modelo	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	RMSE
0	0.336	0.113	0.065	2.393
1	0.346	0.119	0.046	2.418

Nota. Modelo nulo inclui Empatia\_Geral, Sistematização\_Geral

### ANOVA

Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	F	p
0 Regressão	27.049	2	13.524	2.361	0.108
Resíduo	211.926	37	5.728		
Total	238.975	39			
1 Regressão	28.555	3	9.518	1.628	0.200
Resíduo	210.420	36	5.845		
Total	238.975	39			

Nota. Modelo nulo inclui Empatia\_Geral, Sistematização\_Geral

### Coefficiente

Modelo	Não Padronizada	Erro padrão	Padronizada	t	p	2.5%	97.5%
0 (Interceptar)	4.778	1.569		3.044	0.004	1.598	7.958
Empatia_Geral	0.004	0.076	0.008	0.047	0.963	0.151	0.158
Sistematização_Geral	0.130	0.070	0.332	1.851	0.072	0.012	0.273
1 (Interceptar)	4.425	1.731		2.556	0.015	0.915	7.936
Empatia_Geral	0.008	0.078	0.019	0.102	0.919	0.149	0.165
Sistematização_Geral	0.129	0.071	0.329	1.815	0.078	0.015	0.274
BDI_Geral	0.027	0.052	0.080	0.508	0.615	0.079	0.133

## Regressão Linear- Intenções

### Resumo do Modelo

Modelo	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	RMSE
0	0.310	0.096	0.047	2.416
1	0.327	0.107	0.033	2.434

*Nota.* Modelo nulo inclui Empatia\_Geral, Sistematização\_Geral

### ANOVA

Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	F	p
0 Regressão	22.983	2	11.492	1.969	0.154
Resíduo	215.992	37	5.838		
Total	238.975	39			
1 Regressão	25.626	3	8.542	1.441	0.247
Resíduo	213.349	36	5.926		
Total	238.975	39			

*Nota.* Modelo nulo inclui Empatia\_Geral, Sistematização\_Geral

### Coefficiente

Modelo	Não Padronizada	Erro padrão	Padronizada	t	p	2.5%	97.5%
0 (Interceptar)	5.057	1.584		3.192	0.003	1.847	8.267
Empatia_Geral	-0.003	0.077	-0.007	-0.040	0.968	-0.159	0.153
Sistematização_Geral	0.123	0.071	0.314	1.732	0.092	-0.021	0.267
1 (Interceptar)	4.590	1.743		2.633	0.012	1.055	8.125
Empatia_Geral	0.003	0.078	0.006	0.034	0.973	-0.156	0.161
Sistematização_Geral	0.122	0.072	0.310	1.696	0.098	-0.024	0.267

**Coeficiente**

<b>Modelo</b>	<b>Não Padronizada</b>	<b>Erro padrão</b>	<b>Padronizada</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>2.5%</b>	<b>97.5%</b>
BDI_Geral	0.035	0.053	0.106	0.668	0.508	-0.072	0.142

## Regressão Linear- Empatia

### Resumo do Modelo

Modelo	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	RMSE
0	0.376	0.141	0.095	2.504
1	0.387	0.150	0.079	2.525

*Nota.* Modelo nulo inclui Empatia\_Geral, Sistematização\_Geral

### ANOVA

Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	F	p
0 Regressão	38.072	2	19.036	3.037	0.060
Resíduo	231.903	37	6.268		
Total	269.975	39			
1 Regressão	40.474	3	13.491	2.116	0.115
Resíduo	229.501	36	6.375		
Total	269.975	39			

*Nota.* Modelo nulo inclui Empatia\_Geral, Sistematização\_Geral

### Coefficiente

Modelo	Não Padronizada	Erro padrão	Padronizada	t	p
0 (Interceptar)	4.355	1.642		2.653	0.012
Empatia_Geral	-0.032	0.080	-0.070	0.399	0.692
Sistematização_Geral	0.170	0.074	0.406	2.300	0.027
1 (Interceptar)	3.910	1.808		2.163	0.037
Empatia_Geral	-0.026	0.081	-0.058	0.326	0.747
Sistematização_Geral	0.168	0.074	0.403	2.260	0.030
BDI_Geral	0.034	0.055	0.095	0.614	0.543

## Regressão Linear- Crenças

### Resumo do Modelo

Modelo	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	RMSE
0	0.324	0.105	0.056	5.001
1	0.339	0.115	0.041	5.041

*Nota.* Modelo nulo inclui Empatia\_Geral, Sistematização\_Geral

### ANOVA

Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	F	p
0 Regressão	108.239	2	54.119	2.164	0.129
Resíduo	925.536	37	25.014		
Total	1033.775	39			
1 Regressão	118.791	3	39.597	1.558	0.216
Resíduo	914.984	36	25.416		
Total	1033.775	39			

*Nota.* Modelo nulo inclui Empatia\_Geral, Sistematização\_Geral

### Coefficiente

Modelo	Não Padronizada	Erro padrão	Padronizada	t	p
0 (Intercetar)	9.681	3.280		2.952	0.005
Empatia_Geral	-0.004	0.159	-0.004	0.024	0.981
Sistematização_Geral	0.266	0.147	0.326	1.807	0.079
1 (Intercetar)	8.748	3.610		2.423	0.021
Empatia_Geral	0.008	0.162	0.009	0.047	0.963
Sistematização_Geral	0.263	0.149	0.322	1.771	0.085
BDI_Geral	0.070	0.109	0.102	0.644	0.523

## Matriz de Correlação

### Correlação de *Pearson*

		BDI_Geral	Empatia_Geral	Sistematização_Geral	
BDI_Geral	R <i>Pearson's</i>	—			
	Valor P	—			
Empatia_Geral	R <i>Pearson's</i>	-0.116	—		
	Valor P	0.378	—		
Sistematização_Geral	R <i>Pearson's</i>	0.072	0.311 *	—	
	Valor P	0.590	0.017	—	

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

**Correlações de *Pearson* entre a tarefa socio-perceptiva e sociocognitiva**

		1	2	3	4	5	6	7
(1)	R	—						
Reconhecimento	<i>Pearson</i>	—						
de emoções	p	—						
(2)	R	0.272	—					
Deteção do FP	<i>Pearson</i>	0.272	—					
	p	0.086	—					
(3)	R	-	0.029	—				
Rejeição do	<i>Pearson</i>	0.059	0.029	—				
FP	p	0.716	0.857	—				
(4)	R	0.288	0.994***	0.036	—			
Comportamentos	<i>Pearson</i>	0.288	0.994***	0.036	—			
inapropriados	p	0.068	< .001	0.823	—			
(5)	R	0.329*	0.988***	0.024	0.990***	—		
Intenções	<i>Pearson</i>	0.329*	0.988***	0.024	0.990***	—		
	p	0.036	< .001	0.881	< .001	—		
(6)	R	0.283	0.992***	0.011	0.989***	0.987***	—	
Crenças	<i>Pearson</i>	0.283	0.992***	0.011	0.989***	0.987***	—	
	p	0.073	< .001	0.943	< .001	< .001	—	
(7)	R	0.244	0.945***	0.075	0.948***	0.933***	0.956***	—
Empatia	<i>Pearson</i>	0.244	0.945***	0.075	0.948***	0.933***	0.956***	—
	p	0.124	< .001	0.642	< .001	< .001	< .001	—

\* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001